

Université Paul Sabatier
Faculté de médecine Toulouse Rangueil
Institut de formation en psychomotricité

L'INTERVENTION PSYCHOMOTRICE DANS LA PRISE EN SOIN DES TROUBLES DU COMPORTEMENT PERTURBATEURS DE LA DÉMENCE

Mémoire en vue de l'obtention du diplôme d'état de psychomotricienne



REMERCIEMENTS

Je tiens à remercier toutes les personnes qui par leur disponibilité, leurs conseils, ou simplement leur soutien ont permis la réalisation de ce travail.

Tout d'abord merci à Sophie MILH, qui m'a offert la possibilité de mener ce projet durant mon stage, et pour son écoute, son ouverture d'esprit, sa douceur et son humanité.

Merci aussi à toute l'équipe de l'EHPAD et aux résidents auprès desquels j'ai énormément appris, de leur sagesse et de leur tendre folie.

Merci à Deborah MUTEL qui a supervisé ce mémoire, se rendant disponible pour me guider, pour répondre à mes nombreuses interrogations, pour avoir su valoriser mon travail et pour sa bienveillance.

Merci à Élodie MARTIN qui a sacrifié un week-end pluvieux à relire mon écrit et qui m'a aussi beaucoup aidée quant à la réalisation des grilles d'évaluation et par l'échange sur son expérience professionnelle.

Merci également à Nathalie NOACK auprès de qui j'ai simplement beaucoup appris sur la psychomotricité et pu affiner mon œil clinique.

Merci bien évidemment à ma famille : ma maman, mon papa et mon frère, qui chacun avec leur talent propre, ont tout mis en œuvre pour m'aider et qui m'ont largement soutenue toute cette année. Une douce pensée pour ma petite Crapouillette que j'aime tellement.

Merci aussi à la promo, notamment à Julie pour avoir rendu plus sympathique le trajet vers la maison de retraite, à Hannah pour nos petites soirées « Bric à Brac » et bien évidemment à Mathilde, Juliette et Cécile pour ces trois belles années passées ensemble, pour avoir été présentes dans les meilleurs moments comme dans le pire, à Toulouse et à l'autre bout du monde...

Merci évidemment à toi, pour ton soutien, ton réconfort, ta virtuosité en informatique et bien tant d'autres choses.

Merci enfin à tout ceux que je ne nomme pas, mais qui le méritent....

« *Peut-on soigner sans prendre soin ?* »

Conférence sur le vieillissement - ANAES- 2004

TABLE DES MATIÈRES

GLOSSAIRE DES SIGLES UTILISÉS

INTRODUCTION :	1
PREMIÈRE PARTIE : Les troubles du comportement perturbateurs de la démence : « qu'est-ce que c'est ? »	3
I - Historique et définition :	3
Symptômes comportementaux et psychologiques de la démence (SCPD)	3
II - Classification et description des SCPD.....	4
1- Hyperactivité (troubles comportementaux proprement dits).....	4
2- Signes psychotiques	6
3- Perturbations affectives et émotionnelles	7
4- Apathie (et modification des conduites instinctuelles).....	8
III - Les démences.....	10
1- Définition et critères diagnostic	10
2- Symptômes comportementaux en fonction du type de démence	10
a - La démence de type Alzheimer	11
b - Les démences vasculaires.....	11
c - Les démences fronto-temporales	11
d - La démence à corps de Lewy.....	12
IV - Prévalence et évolution des SCPD avec la maladie.....	12
V - Étiologie des SCPD.....	12
1- L'atteinte neurobiologique	13
2- Les facteurs propres à l'individu	13
a- Somatiques	13
b - Psychologiques.....	14
3- Modification ou inadaptation de l'environnement.....	15
VI - Conséquences des SCPD.....	16
1- Pour le patient.....	16
2- Pour les aidants (informels et formels)	17
3- Pour la société.....	18
VII - L'évaluation des SCPD (diagnostic de situation)	18
1- La démarche (Schéma récapitulatif : cf ANNEXE II)	18
2- L'analyse fonctionnelle du comportement problème (cf ANNEXE III).....	19
3- Les outils et échelles existants	21
a - L'inventaire neuropsychiatrique (cf ANNEXE IV) :	21
b - L'échelle d'agitation de Cohen-Mansfield (cf ANNEXE V).....	23
VIII - Troubles psycho-comportementaux de la démence vs troubles psychomoteurs	24
SECONDE PARTIE : Les troubles du comportement perturbateurs de la démence : «qu'est-ce qu'on fait ? »	25
A- PRISE EN CHARGE NON MÉDICAMENTEUSE	25
I - Introduction	25
II - Méthodologie des études.....	25
III - Approches axées sur le milieu environnant.....	27
1- Le milieu physique.....	27
2- L'environnement humain	30
IV - Approche comportementale	34
V - Approches spécifiques en psychomotricité.....	36
1- L'activité physique	37
2- Détente et relaxation.....	38
a - Toucher thérapeutique et mobilisations passives	38
b - L'imitation comme vecteur de l'état de détente	39
c - Stimulations multi sensorielles – Méthode Snoezelen®	40
3- Cadre d'une approche multidimensionnelle et multidisciplinaire.....	44

B - AUTRES MOYENS DE GESTION DES SCPD	46
I - La pharmacothérapie	46
II - En derniers recours	48
1- La contention	48
2- L'hospitalisation.....	48
3- L'électro-convulsivothérapie(ou sismothérapie)	48
TROISIÈME PARTIE : Les troubles du comportement perturbateurs de la démence : «une illustration pratique en secteur protégé»	49
A- LA STRUCTURE	49
I - Présentation générale	49
II - L'environnement humain du secteur protégé	50
III - L'environnement physique du secteur protégé et l'organisation spatio-temporelle	51
B- PRISE EN CHARGE PSYCHOMOTRICE.....	53
I - Les outils mis en place.....	53
1- Grille d'analyse fonctionnelle du trouble du comportement (cf ANNEXES VI et VII)	53
2- Le bilan psychomoteur adapté (cf ANNEXE VIII)	54
3- La grille d'évaluation de l'état de détente (cf ANNEXES IX et X)	56
II - Présentation des cas.....	58
1- Cas n° 1- Agitation et agressivité - Madame S.	58
a - Renseignements médicaux.....	58
b - Renseignements personnels/ Histoire de vie	58
c - Analyse fonctionnelle du comportement problème (+ cf NPI/ES : ANNEXE XII)	58
d - Bilan psychomoteur	60
e - Propositions et prise en charge	62
f - Résultats et limites.....	64
2- Cas n° 2- Cris - Madame T.	65
a - Renseignements médicaux.....	65
b - Renseignements personnels/ Histoire de vie	65
c - Analyse fonctionnelle du comportement problème (+ cf NPI/ES : ANNEXE XIII)	66
d - Évaluation neuropsychologique.....	67
e- Bilan psychomoteur	67
f - Propositions et prise en charge	69
g - Résultats et limites	71
3- Cas n° 3- Agitation vespérale et inversion jour/nuit- Monsieur B.	72
a - Renseignements médicaux.....	72
b - Renseignements personnels/ Histoire de vie	72
c - Analyse fonctionnelle du comportement problème (+cf NPI/ES- ANNEXE XIV).....	73
d - Évaluation neuropsychologique.....	73
e - Bilan psychomoteur	74
f - Propositions et prise en charge	76
g - Résultats et limites	77
III - Discussion	79
CONCLUSION	82

BIBLIOGRAPHIE

TABLE DE MATIÈRE DES ANNEXES

ANNEXES

RÉSUMÉ/ABSTRACT

GLOSSAIRE DES SIGLES UTILISÉS

AMP : Aide Médico-Psychologique.

ANAES : Agence Nationale d'Accréditation et d'Évaluation en Santé. Elle est avec, d'autres commissions, regroupée au sein de l'HAS.

ANESM : Agence Nationale de l'Évaluation et de la qualité des établissements et Services sociaux et Médico-sociaux. Elle promeut une culture de la « bienveillance » au sein des établissements et services qui accueillent des personnes vulnérables.

APA : Association Américaine de Psychiatrie. L'association est responsable de plusieurs publications et ouvrages, dont le principal est le Manuel Diagnostic et Statistique des troubles mentaux (**DSM**).

AS: Aide Soignante.

ASG : Assistant de Soins en Gériatrie.

ASH : Agent de Service Hospitalier.

EHPAD : Établissement d'Hébergement pour Personnes Âgées Dépendantes. Ce sont des établissements médico-sociaux.

HAS : Haute Autorité de Santé. Autorité publique indépendante à caractère scientifique, elle a pour mission en outre, la promotion des bonnes pratiques, du bon usage des soins et la diffusion de l'information médicale.

IPA : Association Internationale de Psycho-gériatrie. Cette association recherche et informe, par le biais de publications, de formations... sur les troubles mentaux de la personne âgée.

PASA : Pôle d'Activités et de Soins Adaptés (Mesure 16 du Plan Alzheimer 2008-2012).

SCPD (ou BPSD) : Symptômes Comportementaux et Psychologiques de la Démence.

UHR : Unité d'Hébergement Renforcée (Mesure 16 du Plan Alzheimer 2008-2012).

INTRODUCTION :

Ayant débuté en octobre 2010 un stage en EHPAD à raison d'une journée par semaine, je me suis questionnée, en découvrant l'unité du secteur protégé, sur le rôle et les actes du psychomotricien auprès d'une population démente, souvent très déficitaire (MMS < 10), et manifestant des troubles du comportement perturbateurs. Auprès de ces personnes, le travail proprement rééducatif n'a souvent plus sa place.

J'ai alors cherché des informations dans les textes et recommandations officiels. Pour ce qui est de la démence, c'est au travers du Plan Alzheimer 2008-2012, que la place du psychomotricien a été largement reconnue et définie. Ce plan vise à apporter des moyens spécifiques pour répondre à l'augmentation des malades Alzheimer et apparentés. Il stipule notamment le développement de compétences spécifiques et la mise à disposition de personnels spécialisés dans les métiers de la réhabilitation cognitive et comportementale, à domicile et en institution, dont les psychomotriciens (Mesure 20). Cette directive conduit à accroître le nombre de postes disponibles et aussi, par conséquent, le nombre de places dans les écoles de psychomotricité, ainsi que l'ajout de modules de formation sur la démence.

Après un an et demi de travail, un document d'information a enfin été publié par l'HAS (Haute Autorité de Santé), en janvier 2010, faisant un état des lieux des actes de bilan et des modalités de réadaptation et d'accompagnement, susceptibles d'être réalisés par les psychomotriciens et ergothérapeutes dans le cadre de la maladie d'Alzheimer ou d'une maladie apparentée (Mesure 6). Il repose sur un accord professionnel.

D'après ce document, ce qui spécifie grandement le travail du psychomotricien, et notamment par rapport à celui de l'ergothérapeute, c'est l'intervention sur la «diminution des troubles du comportement et de l'humeur» et la «réadaptation relationnelle et émotionnelle» :

- « en facilitant le relâchement tonique, psychique et l'apaisement émotionnel
- en sollicitant les communications, verbales et non verbales
- en favorisant les interactions avec l'environnement humain et matériel
- en favorisant le vécu de bien-être et diminuant le vécu de la douleur
- en atténuant ou compensant les situations de déficience
- en favorisant l'investissement affectif des activités de la vie quotidienne- en diminuant les signes psychiques et comportementaux du syndrome post-chute... »

Cette publication de l'HAS a joué un rôle majeur, ouvrant encore davantage les portes de la gériatrie à la psychomotricité, mais aussi stipulant certaines attentes sur le travail attendu, si bien que de plus en plus les psychomotriciens sont intégrés en EHPAD pour répondre à la problématique des troubles du comportement.

La question qui se pose alors, et c'est l'objet de ce mémoire, est de savoir dans quelle mesure et avec quels moyens le psychomotricien va pouvoir intervenir sur les manifestations psychocomportementales de la démence.

En effet, même si cette proposition est issue d'un groupe de travail composé de professionnels, elle est loin d'être une donnée évidente à mettre en place dans la pratique. Notons que la publication de l'HAS est à l'heure actuelle l'un des seuls écrits relatifs à l'action de la psychomotricité sur ce type de trouble. Le reste doit être construit et écrit par les professionnels qui y sont confrontés sur le terrain pour justifier et asseoir l'intérêt de notre travail. Ce mémoire s'inscrit dans cette dynamique, il comportera trois parties :

Dans la première, je décrirai plus précisément ce que sont les troubles du comportement dans la démence, car si le psychomotricien veut pouvoir les prendre en charge, il doit savoir les définir et les reconnaître, comprendre et rechercher les étiologies possibles, avoir à l'esprit les conséquences de ces troubles tant pour le sujet que sur l'environnement, et enfin être capable de les évaluer rigoureusement dans le but d'établir un plan d'action.

Dans une seconde partie, je vais, à partir des données de la littérature, répertorier les modes de prise en charge existants et qui me semblent pertinents dans le cadre de la psychomotricité, étudier leur efficacité, et réfléchir à leur mise en application.

Enfin, dans une troisième et dernière partie, je présenterai le travail effectué sur mon lieu de stage afin d'illustrer ce mémoire par une expérience pratique, exposant comment peut se traduire sur le terrain une prise en charge des troubles du comportement en psychomotricité (et avec l'équipe).

PREMIÈRE PARTIE : Les troubles du comportement perturbateurs de la démence : « *qu'est-ce que c'est ?* »

I - Historique et définition :

Symptômes comportementaux et psychologiques de la démence (SCPD)

Les manifestations non cognitives des démences sont connues depuis longtemps, Aloïs Alzheimer dans sa description première (1906) soulignait déjà la présence d'un délire de jalousie, d'hallucinations auditives, d'explosions verbales, d'accès de colère, de cris répétés et de comportements de dissimulation d'objets.

Pourtant la recherche s'est focalisée sur la détérioration cognitive de la démence qui est d'ailleurs seule prise en compte pour le diagnostic, les perturbations comportementales étant relayées au rang des manifestations secondaires. L'intérêt s'est développé dans les années 1980 lorsqu'on a réalisé que les manifestations psycho-comportementales étaient les plus usantes pour les aidants tant formels qu'informels et jugées bien souvent « incontrôlables ».

Un travail de consensus d'experts réalisé fin des années 1990 à l'initiative de l'Association International de Psychogériatrie (IPA) s'est attaché à proposer une définition consensuelle de ces troubles, pour homogénéiser l'approche clinique. Le concept de « Symptômes Comportementaux et Psychologiques de la Démence » ou « SCPD » (« BPSD » en anglais) est évoqué pour la première fois en 1996 pour désigner les « symptômes de perturbation de la perception, du contenu de la pensée, de l'humeur, et du comportement apparaissant fréquemment chez les sujets atteints de démence » (Finkel, 1996).

Toutefois, les SCPD ne sont pas encore clairement définis et répertoriés dans les manuels de diagnostic internationaux (DSM IV et CIM 10), ainsi une approche structurée de leur classification et une évaluation par le corps médical demeurent difficiles.

En France, la Haute Autorité de Santé (HAS) les définit ainsi :

« Troubles jugés par l'entourage comme dérangeants, perturbateurs, dangereux, que ce soit pour le patient ou pour autrui, qui peuvent être observés au cours de la maladie d'Alzheimer et de la plupart des maladies apparentées. Ils sont en rupture avec le comportement antérieur du patient. »

Il faut noter que dans les faits les dénominations, classifications et les méthodes d'évaluation qui en découlent sont encore très hétérogènes, ce qui entrave la comparaison des données publiées et explique des données très variables notamment en matière de prévalence.

II - Classification et description des SCPD

Les classifications sont multiples en fonction des auteurs, elles révèlent la variabilité et la complexité des SCPD. Le consortium européen de recherche sur la maladie d'Alzheimer (EADC) dispose d'un groupe de travail sur les SCPD. Ce dernier a récemment travaillé sur une meilleure caractérisation des symptômes, en regroupant des données cliniques sur plus de 2000 patients à travers l'Europe et en effectuant une analyse factorielle. Ce groupe s'est basé sur l'Inventaire NeuroPsychiatrique (NPI), outil de référence pour l'évaluation des SCPD (cf 1^{ère} Partie/ VII/ 3- Les échelles et outils existants). Les symptômes se regroupent en quatre dimensions principales : *Hyperactivité, Psychose, Affectivité et Apathie*. Cette structure factorielle est relativement stable en fonction des étiologies démentielles.

Partant de cette trame pour présenter les différents symptômes, je me suis permis d'y apporter des compléments en fonction de mes lectures, pour offrir plus de précisions et de clarté dans l'exposé. Il est très important pour le psychomotricien travaillant en EHPAD d'avoir une connaissance précise de chacun de ces troubles pour les repérer et les évaluer avec justesse.

1- Hyperactivité (troubles comportementaux proprement dits)

Opposition : Attitude verbale ou non verbale de refuser les soins, de s'alimenter, d'assurer son hygiène, de participer à toute activité. La résistance peut être active ou passive.

Prévalence : 3,8 à 53, 1% (Hope et *al.*, 1997).

Agitation : activité verbale ou motrice inadaptée (par sa fréquence, son décalage avec le contexte, son absence de but) qui ne peut s'expliquer par un état de confusion ou la traduction d'un besoin. (Cohen-Mansfield et *al.*, 1989). Ce symptôme est controversé car il peut être considéré comme un méta-concept qui recouvre la quasi-totalité des SCPD.

Prévalence : 42 à 68 % en institution (Léger et *al.*, 2002).

Agressivité/Irritabilité : Chez le sujet dément, l'intention de « porter atteinte » est difficilement évaluable, et le critère d'hostilité est souvent influencé par le jugement de l'entourage.

Ainsi Patel et Hope proposent une définition plus axée sur les conséquences du comportement agressif (1993) : action manifeste qui implique l'émission de stimuli délétères (physique ou verbale: cris, injures, coups) à un autre objet, un autre individu, ou à soi-même (mais pas nécessairement dirigé vers) et qui n'est clairement pas accidentelle.

Prévalence : 7 à 66% (Chemerinsky et *al.*, 1999).

Comportements vocaux répétitifs : émissions sonores (verbales ou vocales) d'intensité variable, intentionnelles ou non, constantes ou intermittentes, et qui sont jugées inappropriées / perturbantes pour l'entourage : grognements, gémissements, cris, hurlements, émissions de phrases, mots ou syllabes, bavardages intempestifs... Cohen-Mansfield et Werner proposent une classification (1997) en fonction du type et du contenu des émissions sonores, leur fréquence, les circonstances d'apparition, les buts ou causes supposées. Souvent, cela peut se traduire par la répétition d'une question stéréotypée (sujet réel ou passé). Le lien avec le déficit cognitif est mentionné : les patients oublient qu'ils viennent de formuler la demande ou ne mémorisent pas la réponse.

Prévalence : 12,5 à 36% (Lai, 1999).

Comportement moteur aberrant, instabilité psychomotrice : Activités répétitives et stéréotypées, sans but apparent ou dans un but inapproprié, souvent mal tolérées par l'entourage.

→ Comportement ritualisé : ensemble d'actes relativement élaborés dont la forme est stéréotypée et le but constant, une coloration obsessionnelle est possible : comptage à voix haute, bruxisme, conduite de vérification et de déshabillage, collectionnisme et accumulation d'objets hétéroclites... Ils peuvent se manifester très précocement mais sont plus rares au stade avancé de la maladie, car leur réalisation implique la préservation de capacités d'organisation et de planification des conduites gestuelles (fonctions exécutives et praxies) et de reconnaissance (gnosies).

Prévalence : 5 à 45 % (Drachman et *al.*, 1992).

→ Stéréotypies motrices et dyskinésies bucco faciales : Mouvement des jambes (balancement, piétinement), des mains (entortillage, pétrissage, pliage, lissage, tapotement), tronc (balancement rythmique), de la langue (déplacements latéraux) des lèvres (moues, suctions, plissements), des joues (rétractions, gonflements), des mâchoires (mastications, mouvements latéraux) et même des paupières.

→ Errances : déambulations répétées presque continues que la personne amorce de sa propre initiative et qui peuvent ou non comporter un danger pour elle. (Lévesque et *al.*, 1990).

Elles peuvent se manifester tout au long de la démence, pour autant que les capacités locomotrices demeurent satisfaisantes, le rythme et la fréquence sont variables pour un même sujet.

Il a été distingué quatre types d'errances (Hiatt-Snyders et *al.*, 1978 Hussian et Davies 1985) :

- avec des comportements de recherche d'une personne (parent vivant ou décédé), d'un lieu (maison, sortie) ou d'un objet (portefeuille, sac à main), errances à surveiller à cause du risque de fugue.
- avec des comportements d'occupation (frotter, balayer, manipuler, ranger, accumuler ou cacher des objets...) ou d'automutilation.
- sans but apparent, souvent fonction des personnes rencontrées (comportement de suiveur) ou de stimulations du milieu, l'errance est majorée par le trouble de l'orientation et de la mémoire spatiale.
- avec impatience motrice ou akathisie (se définit par le besoin impérieux de bouger, surtout au niveau des membres inférieurs, le sujet à « la bougeotte »).

Prévalence : 10 à 49% (Allens et Burns, 1995).

2- Signes psychotiques

Idées délirantes : croyances erronées fondées sur une déduction incorrecte concernant la réalité extérieure fermement soutenues en dépit de l'opinion très largement partagée et de tout ce qui constitue une preuve évidente et incontestable du contraire (APA, 1994). Elles sont souvent transitoires, limitées à un domaine particulier et constituées de croyances élémentaires peu structurées (Hwang et *al.*, 1999), les thèmes les plus fréquents sont la persécution, le préjudice, l'abandon, la jalousie. La désorganisation mentale perturbe l'interprétation des faits. Il faut faire la différence avec les confabulations : récits et propos dans lesquels se télescopent le présent et le passé, le réel et l'imaginaire, qui sont davantage en lien avec le déficit cognitif. Certains auteurs posent l'hypothèse d'un délire adaptatif, pour donner un sens à une réalité devenue incompréhensible voire menaçante.

Prévalence : 10 à 73% (Wragg et Jest, 1989).

Hallucinations : perceptions sensorielles, en l'absence de stimuli externes, qui procurent la même sensation immédiate de réalité qu'une perception réelle. (APA, 1994). Elles sont le plus souvent visuelles ou auditives dans la démence, peu élaborées, sans automatisme, transitoires. Elles peuvent traduire un phénomène de régression vers des images rassurantes ou affectivement positives. Certaines hallucinations corporelles peuvent simuler une affection physique. Whitheouse et collaborateurs (1996) établissent un lien avec la diminution de l'acuité (visuelle et auditive), l'agnosie visuelle et le déficit des praxies visuo-spatiales.

Prévalence : 12 à 53 (Holroyd, 1998).

Illusions et fausses identifications : perceptions inexactes ou interprétations erronées d'un stimulus extérieur (le plus souvent visuel), soutenues avec conviction (APA, 1994).

Les troubles les plus fréquents sont :

- le trouble de l'image spéculaire : non reconnaissance ou fausse identification de sa propre image dans le miroir ou sur une photo, entraînant confusion voire violence (Ajuriaguerra et *al.*, 1963)
- le syndrome de Capgras : le patient considère les proches comme des imposteurs, des sosies et non comme des membres réels de la famille.
- le phénomène du compagnon imaginaire : le sujet est convaincu de la présence physique d'une personne absente ou décédée (Burn, 1996).

Ces symptômes sont classés parmi les manifestations psychotiques mais sont à mettre en relation avec les troubles cognitifs notamment la prosopagnosie, la perturbation de la mémoire déclarative, la désorientation spatio-temporelle (Mori et *al.*, 1999).

Prévalence : 7,7 à 37% (Burn et *al.*, 1990).

3- Perturbations affectives et émotionnelles

Anxiété : Rarement verbalisée, elle se traduit par des manifestations neurovégétatives, des somatisations, des troubles des conduites ou des réactions de catastrophe. Les peurs sont souvent archaïques, comme l'angoisse d'abandon ou de morcellement. L'anxiété est responsable des comportements de dépendance sociale (Lhermitte, 1986) : demandes répétées, conduites pour réaffirmer sa présence (interjections, fredonnements), comportement mimétique (reproduction des attitudes de l'aidant) comportement de cramponnement et de poursuite pour maintenir ou conserver une proximité physique avec une personne familière, l'accompagnant dans toute activité et tout déplacement, (Syndrome de Godot). Ces comportements sont intrusifs par leur fréquence, leur survenue, quelle que soit la disponibilité de l'aidant et la réponse apportée. Ces attitudes témoignent de l'angoisse de rester seul et du sentiment de perte d'identité propre. L'anxiété peut aussi se manifester par des plaintes multiples, concernant le corps et des difficultés respiratoires qui peuvent faire croire à une crise d'asthme ou à une affection cardiaque.

Prévalence : 17 à 71% des sujets (Sadavoy et Leclair, 1997).

Dépression : Elle est source d'errance diagnostique, car souvent confondue avec l'apathie. Elle semble présenter des caractéristiques particulières dans la démence : idéation dépressive (tristesse, sentiment d'être inutile, perte du plaisir, négativisme...) ; elle est moins intense, de courte durée, variable dans la journée, fragmentaire et superficielle, souvent réactionnelle à l'échec (Katz, 2000). La dépression véritable, caractérisée est rare (permanence, rumination, idées suicidaires).

Au stade avancé, les symptômes dépressifs sont plus difficilement identifiables compte tenu de la gravité et de l'intensité des altérations cognitives. Ils peuvent se manifester dans le comportement : attitude régressive (incurie, opposition, attitudes puériles) ralentissement psychomoteur, accélération du déclin fonctionnel... (Lundquist et *al.*, 1997)

Prévalence : 1,5 à 28% (Forsell et Windblad, 1998).

Labilité émotionnelle : Il s'agit de fluctuations de l'humeur brutales et rapides. Peuvent se succéder ou coexister avec l'apathie : une exaltation de l'humeur, une euphorie transitoire associée ou non à de la désinhibition, une incontinence émotionnelle c'est-à-dire la tendance répétée à pleurer ou rire plus aisément ou de façon plus intense lors de circonstances favorisantes (Haupt, 1996).

Prévalence : 8 à 30% des cas aux stades modéré et sévère (Lebert et *al.*, 1996).

4- Apathie (et modification des conduites instinctuelles)

Apathie : Dans la démence, elle se manifeste par la perte de motivation, d'initiative et de recherche de plaisir, l'apragmatisme, la réduction des relations sociales, le repli sur soi, l'éroussement affectif, l'amimie, les comportements passifs ou figés (exemple : fixer continuellement le sol) (Derouesné, 2004). Elle constitue une dimension indépendante de la dépression par l'absence de tristesse et de réactivité émotionnelle. C'est un des troubles les plus pénibles pour l'entourage (Wood et *al.*, 1999).

Prévalence : plus de 50% (Petry et *al.*, 1988)

Troubles du sommeil et perturbations du rythme circadien: Il existe une accentuation de ce qu'on observe dans le vieillissement normal : fragmentation du sommeil nocturne, parasomnies, réveil matinal précoce avec hypersomnolence diurne aggravée par l'apathie, le manque d'activité et les traitements. Les réveils nocturnes peuvent être accompagnés de confusion, de déambulations avec intrusions chez d'autres résidents... Avec l'âge et l'évolution de la maladie, progressivement le cycle jour/nuit se désynchronise, devient irrégulier voire s'inverse (Okawa et *al.*, 1991). La faible exposition à la lumière et aux indices temporels en institution et la dégénérescence du nerf optique peuvent affecter la synchronisation de l'horloge cérébrale (noyau suprachiasmatique).

Prévalence : 13 à 81% (Johansson et Gustafson, 1996).

On observe aussi une manifestation plus fréquente et plus intense de la symptomatologie comportementale en soirée qualifiée par Rindlisbacher et Hopkins de « syndrome crépusculaire » (1992) ou « phénomène de coucher de soleil. On peut suspecter la variable sociale (réduction des soignants, changement d'équipe), le traitement chimique, la passivité diurne, le manque de contrôle

qui s'accroît avec la fatigue, certaines douleurs plus intense le soir (arthrite)...

Prévalence : 2,4 à 28 % (Martin et *al.*, 2000).

Troubles de l'appétit et des conduites alimentaires : Ce qui est le plus fréquent, c'est une réduction de l'appétit, des conduites d'opposition ou des difficultés à s'alimenter, ce qui entraîne un amaigrissement sévère. Ce comportement, en lien direct avec la survie, bouleverse les équipes. Il peut aussi y avoir des comportements boulimiques anarchiques, une consommation de substances non comestibles (Ousset et *al.*, 1999) ou un repas entravé par des conduites de manipulation d'ustensiles, d'éparpillement de nourriture, de transvasement, de "manger à vide", de nettoyages, de mâchonnements répétitifs... conjointement ou en l'absence de trouble praxique (désorganisation de la commande motrice pour la manipulation des couverts, la mastication, la déglutition...).

Prévalence : 24,6% (Cummings et *al.*, 1994).

Troubles sexuels : On note classiquement un déclin de la libido et de l'activité sexuelle au cours de la démence (Harris, 1998). Ce qui est le plus marquant, bien que beaucoup moins fréquent ce sont les "conduites sexuelles inappropriées". Elles sont définies comme des actions manifestes ayant une signification sexuelle évidente pour le sujet et qui sont considérées comme inappropriées sur le plan culturel, social. Elles relèvent le plus souvent d'une perte du contrôle (désinhibition) ou des convenances sociales. On les classe en quatre catégories (Shilh-Jen Tsai, 1999) :

- comportements verbaux et gestuels à caractère sexuel manifeste (proposition, geste obscène, attouchement...)
- comportement exhibitionniste (intentionnel)
- masturbation en public
- conduite d'hyperactivité sexuelle (tentatives ou rapports sexuels, consentant ou non)

Il faut faire la différence avec des comportements ambigus qui seraient non intentionnels (diminution de la pudeur, oubli de l'importance et de la signification sociale du fait d'être habillé).

Prévalence : 0,83 à 18% (Burn et *al.*, 1992).

Troubles de l'élimination : L'incontinence désigne une perte incontrôlée des urines correspondant à une miction normale. Elle apparaît la nuit et tardivement dans l'évolution de la maladie. La perte des selles est beaucoup plus rare. Bien qu'elle puisse être de nature physiologique, due à une altération de la sensation de besoin et de la commande volontaire, elle est citée dans les troubles du comportement car souvent la conséquence d'une désorientation (le patient ne trouve plus les WC, ne sait plus se déshabiller...) ou d'une désinhibition (lieu inapproprié, jeu avec les matières fécales...).

III - Les démences

Il s'agit dans ce chapitre de préciser le cadre nosographique dans lequel apparaissent les SCPD.

1- Définition et critères diagnostic

La démence est définie par une altération psychique globale et progressive due à une affection organique du système nerveux central. Elle affecte les facultés cognitives, affectives et sociales.

Voici en résumé les critères diagnostic du DSM-IV :

A- Apparition de déficits cognitifs multiples comme en témoignent à la fois :

1-une altération de la mémoire (altération de la capacité à apprendre des informations nouvelles ou à se rappeler les informations apprises antérieurement)

2-une (ou plusieurs) perturbations cognitives parmi les suivantes :

a) aphasie (perturbation du langage)

b) apraxie (altération de la capacité à réaliser une activité motrice malgré des fonctions motrices intactes)

c) agnosie (incapacité de reconnaître ou d'identifier des objets malgré des fonctions sensorielles intactes)

d) perturbations des fonctions exécutives (incapacité de faire des projets, d'organiser, d'ordonner dans le temps, d'avoir une pensée abstraite)

B- Ces déficits cognitifs doivent être à l'origine d'une altération significative du fonctionnement social ou professionnel et représenter un déclin significatif par rapport au niveau de fonctionnement antérieur.

C-D- Suspicion ou mise en évidence d'après l'histoire de la maladie, l'examen physique ou les examens complémentaires, d'un ou de plusieurs facteurs organiques spécifiques jugés étiologiquement liés à la perturbation.

Critères d'exclusion : syndrome confusionnel/troubles psychiatriques.

2- Symptômes comportementaux en fonction du type de démence

Nous allons maintenant décrire les quatre pathologies démentielles dans lesquelles les symptômes psycho-comportementaux sont le plus décrits et leur spécificité.

a - La démence de type Alzheimer

Il s'agit de la première cause de démence. Elle relève d'un trouble neurodégénératif affectant de manière progressive et irréversible le cortex. Le cerveau du patient est victime d'un processus de dégénérescence et d'inflammation, caractérisé par deux types de lésions : les dégénérescences neurofibrillaires et les plaques séniles. Cela va entraîner une détérioration lente et progressive de la mémoire et des autres capacités cognitives (syndrome aphaso-apraxo-agnosique). Sont évoqués dans la maladie d'Alzheimer la quasi-totalité des SCPD précédemment définis, c'est d'ailleurs dans cette démence qu'ils ont été particulièrement décrits et étudiés. Il existe des variations en fonction des stades de la maladie. Selon l'échelle de détérioration globale de Riesberg (1982), les manifestations comportementales n'apparaissent que tardivement (stade 6/7, démence moyenne à sévère).

b - Les démences vasculaires

Une destruction importante de tissu cérébral suite à un accident vasculaire (thrombose, embolie, hémorragie) ou l'effet cumulatif d'AVC répétés peut engendrer une démence. Le tableau clinique et l'évolution vont être fonction de la zone du cerveau touchée. En général, on retrouve une atteinte prédominante des fonctions exécutives et une grande lenteur. Les troubles de la mémoire sont plus discrets, l'évolution est très fluctuante, en marches d'escalier. Au niveau comportemental, on note souvent une grande labilité émotionnelle.

c - Les démences fronto-temporales

C'est un groupe de démences neurodégénératives dues à l'altération progressive des régions frontales (à l'avant) et temporales (sur les côtés) du cortex. Elles sont caractérisées par des troubles du comportement et du langage d'évolution progressive associés à une détérioration cognitive (qualifiée de « démence » à partir d'un certain seuil de sévérité). Dans ces démences les troubles du comportement sont des manifestations précoces et prédominantes :

- apathie, inertie, repli sur soi, amimie, dépression
- signes de désinhibition : comportement d'utilisation (ou comportement de dépendance environnementale), impulsivité et agressivité, négligence physique, perte des convenances sociales, fugues, hyperoralité, troubles du comportement sexuel et sphinctérien
- stéréotypies et persévération : comportement compulsif et stéréotypé, moteur ou verbal, rigidité mentale et inflexibilité.

On note aussi une anosognosie, un émoussement affectif précoce et une résurgence des réflexes archaïques. En revanche, la mémoire et les capacités praxiques et d'orientation dans le temps et l'espace sont longtemps préservées.

d - La démence à corps de Lewy

C'est également une démence neurodégénérative caractérisée par des dépôts anormaux dans les structures corticales et sous corticales. Les symptômes prennent la forme d'un syndrome démentiel avec précocement trouble de l'attention, des fonctions exécutives et bradyphrénie (ralentissement du psychisme). La vigilance est très fluctuante : somnolence diurne excessive, épisodes de confusion, puis retour à la normale sur une courte période. Au niveau des SCPD, on note des hallucinations, le plus souvent visuelles, répétées et précises qui peuvent être les premiers signes observés dans la maladie. Des idées délirantes (paranoïdes) sont également souvent présentes ainsi que d'autres types d'hallucinations. L'atteinte sous corticale donne aussi un syndrome parkinsonien : rigidité, akinésie, tremblements. La progression de la maladie est habituellement rapide.

IV - Prévalence et évolution des SCPD avec la maladie

Les SCPD sont, comme on l'a vu, des manifestations majeures et fréquentes dans les démences. Ils peuvent apparaître aux stades précoces, et même précéder le diagnostic. Parfois c'est un changement d'attitude, de conduite, d'humeur qui justifie la consultation médicale. Toutefois la prévalence a tendance à augmenter avec la progression de la maladie, pour certains troubles de manière directement proportionnelle à la détérioration cognitive (Mega et *al.*, 1996). Ainsi, ils sont plus importants (dans leurs expressions et dans leurs conséquences) aux stades modéré et sévère de l'évolution. Levry et collaborateurs (1996) faisaient état d'une prévalence de 50 à 90%. Souvent plusieurs SCPD sont présents simultanément et s'influencent mutuellement. Des études longitudinales ont montré que ces troubles sont souvent fluctuants en intensité, certains sont épisodiques, d'autres ont tendance à persister au fil du temps. (Devanand et *al.*, 1997). Il y a des variations en fonction du moment de la journée. Ils seraient plus fréquents en institution qu'à domicile (Reisberg, 1987).

V - Étiologie des SCPD

On a longtemps pensé que la détérioration intellectuelle, émotionnelle et comportementale était inéluctable, directement en lien avec l'atteinte de l'encéphale. Seule l'approche médicamenteuse pouvait alors être plébiscitée. Aujourd'hui, on considère que cette relation causale existe mais qu'elle ne peut rendre compte à elle seule de la symptomatologie observée, d'autant plus que la personne âgée va être dépendante de son environnement (Sutter et Pelissier, 1980).

Dans la littérature, il est fait la distinction entre :

- les symptômes primaires, en fonction des lésions cérébrales, de leur siège et de leur sévérité (approche neuropsychiatrique).

-les symptômes secondaires, conséquences de l'environnement humain et social de l'individu et de son fonctionnement propre (approche psychopathologique).

C'est à ce niveau-là que le psychomotricien va pouvoir agir.

Ainsi, les SCPD ont pu être décrits, compris et traités différemment en fonction de l'approche étiologique. Toutefois, ces conceptions sont complémentaires, et il convient d'envisager l'interaction de ces différentes variables pour tendre vers une meilleure compréhension du trouble (Müller et Wertheimer, 1981). Les SCPD ont donc une origine multifactorielle. Toute proposition de séparation des variables est artificielle, car les intrications sont multiples. Le poids respectif de chaque déterminant peut varier en fonction des individus et de la progression de l'atteinte cérébrale (Zaudig, 1998).

1- L'atteinte neurobiologique

Elle permet d'expliquer en partie la présence des SCPD. On considère que plus la maladie évolue, plus les troubles sont à inférer aux lésions cérébrales, en particulier à la dégénérescence neurofibrillaire affectant les structures impliquées dans la régulation psycho comportementale et le contrôle volontaire du sujet. Plus la maladie avance, moins le dysfonctionnement neurobiochimique est modulable par l'environnement. Cela doit être pris en compte dans la prise en charge. L'imagerie fonctionnelle a permis d'établir pour chaque trouble, des corrélations anatomo-cliniques et biologiques (modifications des neurotransmetteurs). Un tableau synthétisant les principales données de la recherche est disponible en annexe (**ANNEXE I**). C'est sur ces données neurobiologiques que se fonde la prise en charge médicamenteuse des SCPD.

2- Les facteurs propres à l'individu

a- Somatiques

Toute affection somatique intercurrente mal diagnostiquée ou mal traitée peut entraîner des réactions comportementales inappropriées chez des patients présentant une altération cognitive marquée, notamment si elle est source de douleur (pathologie infectieuse et inflammatoire, arthrose, troubles métaboliques, carences alimentaires, fécalome, rétention d'urine, déshydratation, inconfort physique, début d'escarre....). Il peut aussi s'agir d'une iatrogénie, majorée par la poly-

médicamentation du sujet âgé, la plus grande sensibilité aux effets secondaires et la prise de psychotropes. Il y a un effet cumulatif (IPA, 1998). Plus rarement, il peut y avoir une cause toxique. Une étude de Cohen-Mansfield et Werner en 1997, étaye cette donnée étiologique par le fait que le repositionnement du patient ou le traitement des maladies incriminées diminue la fréquence de certaines vocalisations itératives.

Certains déficits fonctionnels ou sensoriels peuvent exacerber le trouble. Il faut notamment vérifier l'utilisation des moyens de suppléance. Le manque d'exercice physique revient dans de nombreuses recherches comme étant une cause importante de l'agitation et des troubles du sommeil. (Powel, 1974, Diefeldt, 1977 et Holmberg, 1997).

b - Psychologiques

Le courant psychopathologique défend le maintien de la vie psychique et relationnelle du sujet dément, même si elle est modifiée. Le comportement perturbateur est alors un mécanisme de défense, il est porteur de sens.

La façon dont le patient va réagir à ses difficultés et à son environnement va être fonction de sa personnalité antérieure, son estime personnelle, la charge affective accordée aux symptômes, ses modes d'adaptation, de gestion des conflits, son soutien familial et social.

En début de maladie, le patient prend conscience de son handicap progressif, de ses difficultés et des conséquences sur son autonomie. Cela peut engendrer un déni, une baisse de l'estime de soi, un sentiment de dépersonnalisation. Les troubles sont alors des mécanismes de défense face à l'échec. Algace et collaborateurs. (1996) relèvent d'ailleurs une diminution du seuil de tolérance aux situations stressantes dans la démence.

Plus tard, le malade ne peut plus verbaliser, ni même penser cognitivement ses difficultés, le monde qui l'entoure devient étrange, inquiétant. Les stratégies d'ajustement sont altérées. Le comportement perturbateur peut alors traduire un sentiment de solitude, d'insécurité, d'impuissance, de frustration, de désespoir d'un patient qui ne comprend plus et ne peut se faire comprendre, se sentant incapable de gérer une situation. (Mintzer et *al.*, 2000). Il peut évoquer un besoin de réassurance, d'attention ou d'affirmation de son existence. (Reisberg et *al.*, 1996). Le patient peut perdre jusqu'à la possibilité d'exprimer un besoin (faim, soif), de localiser une douleur physique, d'affirmer sa pudeur...La perte cognitive est une déterminante majeure des SCPD.

Plusieurs auteurs font le lien avec le fonctionnement pré-morbide. (Hamel et *al.*, 1990).

Par exemple dans la déambulation, on peut avoir des sujets qui avaient l'habitude d'aller marcher ou courir pour gérer leur stress. Il est un proverbe qui dit qu' « on vieillit comme on a vécu ».

Les troubles sont aussi plus fréquents en présence d'une personnalité pré-morbide dépressive ou anxieuse ou en cas de confrontation dans le passé à des évènements traumatiques. (Carlyle,1991).

3- Modification ou inadaptation de l'environnement

L'environnement tant humain que matériel peut déterminer ou renforcer un comportement perturbateur. Plus le niveau cognitif et d'autonomie se dégrade, plus la personne est dépendante et donc plus sensible à son environnement. Les lésions antérieures engendrent une disparition du contrôle volontaire avec impossibilité pour le malade de contrôler son activité de façon intentionnelle et de se détacher de l'emprise du contexte, il en est très dépendant.

Tout changement d'organisation, tout personnel nouveau, toute situation de contrainte, de conflit interpersonnel, de stress, même anodin, peut faire décompenser un état de vulnérabilité. De nombreux troubles surviennent de manière transitoire, ils sont liés à des situations spécifiques, conflictuelles, où on demande au malade de faire quelque chose qu'il ne veut pas faire/ne sait pas faire, ou, à l'inverse, quand on l'empêche de faire quelque chose.

Certains auteurs, notamment Burgio et collaborateurs (2000), dénoncent l'effet iatrogène de l'environnement institutionnel, qui renforce la passivité, la dégradation de l'autonomie et réduit le seuil de réactivité des patients et qui par ses contraintes (isolement social, manque affectif, contention, appauvrissement et monotonie des stimulations sensorielles ou surcharge, perte de repères, surprotection, demande trop exigeante, attitudes agressives, frustration des conditions existentielles) génère des troubles comportementaux. Il y a aussi une perméabilité à l'état émotionnel et de tension de l'entourage, le malade le perçoit dans la voix, les mimiques, les gestes et y répond par de l'agitation.

L'attitude des soignants, leur degré de formation et d'information, leurs capacités de communication, d'empathie, d'anticipation des besoins du patient et d'adaptation à ses symptômes vont être déterminants. Une étude de Parlet et collaborateurs (1994) révèle que 65% des comportements agressifs apparaissent dans les soins personnels ou en réponse à une demande venant de l'équipe soignante.

VI - Conséquences des SCPD

« *La personne a le comportement, mais qui a le trouble ?* » (Yves Gineste, 2007).

Les perturbations comportementales sont responsables d'une part conséquente de la souffrance des patients déments mais aussi, et surtout, de leur aidants (formels et informels), bien souvent démunis. De plus, ces symptômes représentent un coût majeur pour la société et pour les services de santé en particulier. Il est capital de s'intéresser à leurs conséquences car ce sont elles qui, de par leur gravité, ont déclenché les recherches visant à comprendre et à prendre en charge les SCPD, et qui motivent aujourd'hui la mise en place de moyens importants pour les prendre en charge.

1- Pour le patient

Il faut noter que bien souvent, avec l'avancée de la maladie le patient dément n'a plus conscience de ses troubles, de leur gravité et des répercussions qu'ils peuvent avoir sur lui-même et son entourage. Toutefois, la présence des SCPD est déterminante pour l'évolution de la maladie : ils sont associés à un pronostic évolutif défavorable (Terri et *al.*, 1982) et augmentent l'incapacité fonctionnelle (Devanand et *al.*, 1997). La réduction des activités de la vie quotidienne et des relations sociales aboutit à l'isolement. Qui plus est, ces réactions épuisent la patience de l'entourage, le malade crée ainsi, à son insu, un contexte propice à une mauvaise qualité de prise en charge, voire à de la maltraitance des aidants ou de la violence des autres résidents. (Lykestos et *al.*, 1999). C'est la qualité de vie du patient qui est directement affectée. De même les SCPD constituent une porte d'entrée vers l'hospitalisation et l'institutionnalisation accélérée (Pruchno et *al.*, 1990). Ils peuvent aussi susciter des prescriptions médicamenteuses inappropriées qui, certes, font diminuer les troubles du comportement, mais rendent le patient totalement inerte.

Certains comportements moteurs comme la déambulation ont l'avantage de constituer un exercice physique, une source de dépense énergétique, un entretien de la mobilité. Cependant les patients peuvent aller jusqu'à l'épuisement. Le risque de chute et de fracture traumatique est majeur si l'équilibre est précaire, il faut l'évaluer. De plus cette agitation renforce l'amaigrissement et la déshydratation. L'opposition à la toilette peut entraîner un manque d'hygiène et causer des infections notamment dentaires, urinaires et gynécologiques.

2- Pour les aidants (informels et formels)

Les SCPD font partie des symptômes les plus difficiles à supporter par l'entourage familial (Consortium européen). Pour les proches le risque dans l'accompagnement de tels troubles est l'épuisement physique et moral. (Rabins et *al.*, 1982). Ils génèrent un climat de frustration et de tension. Il y a un sentiment d'impuissance face aux comportements du malade qui peut engendrer anxiété et attitude dépressive. Comme il est embarrassant de faire face à des conduites inappropriées en public, il va y avoir progressivement isolement social. Les troubles peuvent compromettre la relation affective, la motivation, et par conséquent la qualité des soins, d'autant plus accentuée avec l'épuisement et l'irritabilité. Il est important que l'entourage soit informé pour éviter de mauvaises interprétations et réactions. Ainsi, de plus en plus de projets sont centrés sur les accompagnants : l'aide qui leur est apportée constitue aussi une aide aux patients. L'intervention du psychomotricien à domicile est plébiscitée dans le plan Alzheimer avec la création d'unités mobiles.

Une étude réalisée sur 51 patients Alzheimer (Centre Mémoire et de Ressources de Tours) a étudié les corrélations entre la qualité de vie du proche et le profil clinique comportemental. En fonction des symptômes, on observe une dissociation entre la sévérité du trouble (NPI) et l'impact émotionnel sur les aidants. Certains symptômes sont de faible sévérité mais c'est leur impact émotionnel qui agit sur la qualité de vie du proche, en particulier l'agitation et l'apathie. Pour certains symptômes comme les hallucinations, l'exaltation, la désinhibition, l'intensité et la qualité de vie sont corrélées mais pas l'impact émotionnel. On peut suspecter que la dégradation de la qualité de vie est plus liée à l'impact sur l'environnement matériel, la surveillance, la pratique des soins, la modification de la communication.

En outre, sur le plan psycho-affectif, la régression d'un ancêtre peut créer une rupture dans la généalogie et attaquer les liens familiaux en imposant l'inversion des rôles. On parle de « parentification » de l'enfant. De plus, certains troubles renvoient à la notion de folie avec la crainte de l'hérédité. Il peut y avoir une volonté de sédation pour ne pas voir la déchéance parentale.

Bien que les études aient principalement porté sur les aidants familiaux, pour les soignants en institution aussi, le risque sur leur état de santé psychique et physique est entier. On parle de « burn-out » pour désigner le syndrome d'épuisement professionnel, exposant au risque de démobilisation, de dépression, de maltraitance ou négligence. Les troubles du comportement rendent difficile l'organisation habituelle du travail, génèrent du stress et un sentiment d'insuffisance, d'inutilité chez les soignants. Il est nécessaire qu'ils soient formés à la spécificité de cette prise en charge et qu'ils

aient des outils pour ne pas faire du «burn-out» une fatalité et retrouver le plaisir du «prendre soin» (Gineste et Pellissier, 2007).

3- Pour la société

Sur le plan médico-économique, le niveau de coût induit par la maladie est corrélé à l'importance (nombre et sévérité) des troubles comportementaux, notamment parce qu'ils induisent une institutionnalisation précoce et nécessitent la présence de soignants en nombre plus important et bien formés. A domicile aussi, la sécurisation du lieu de vie, le recours à une auxiliaire de vie ou un garde malade augmente le coût économique global de la maladie.

Une étude rapporte que le coût des soins associés aux SCPD peut représenter jusqu'à 30% des coûts totaux consacrés à la prise en charge des sujets Alzheimer (Beeri et *al.*, 2002).

La question financière motive grandement la réalisation d'études pour trouver des moyens de sédation efficaces de ces troubles, et limiter le recours aux solutions médicamenteuses.

VII - L'évaluation des SCPD (diagnostic de situation)

Nous avons vu que l'étiologie des SCPD peut être multiple. Ainsi, face à ces troubles il est nécessaire de réaliser une évaluation multidimensionnelle systématique, structurée et hiérarchisée, pour comprendre la problématique et proposer un projet thérapeutique adapté (IPA, 2003).

1- La démarche (Schéma récapitulatif : cf ANNEXE II)

L'HAS a proposé un arbre décisionnel pour appréhender un trouble du comportement survenant dans un contexte de démence. Il y a des éléments à considérer en priorité pour exclure les diagnostics différentiels et surtout éliminer une cause curable :

- la durée et la brutalité ou non de la survenue des troubles
- l'aggravation de l'état cognitif (MMS)
- la présence de symptômes de confusion (inversion nyctémérale, troubles de la vigilance, troubles de la perception, modification de l'état psychomoteur, perplexité anxieuse, fluctuation...).

Face à un trouble du comportement de survenue brutale, avec déclin cognitif et présence d'au moins quelques symptômes évocateurs de confusion, la démence ne devra pas être incriminée dans l'origine des troubles du comportement, mais il faudra plutôt rechercher un délirium, c'est à dire un état confusionnel secondaire à une maladie somatique non neurologique, une iatrogénie, une

douleur ou une maladie neurologique non dégénérative (AVC, épilepsie...).

On réalise alors un bilan biologique et para-clinique complet et on traite l'affection somatique pour faire disparaître le trouble du comportement.

Puis, on recherchera la présence d'antécédents psychiatriques, le trouble actuel pouvant être une décompensation d'une maladie psychiatrique déjà existante. Dans ce cas on traite la cause psychiatrique.

Lorsqu'on a exclu la cause somatique et la cause psychiatrique, on est face à un SCPD, c'est à dire une manifestation comportementale de la démence, il faut alors réaliser une analyse détaillée pour poser des hypothèses explicatives et orienter la prise en charge. On recherche en priorité une éventuelle cause sur laquelle il est possible d'agir pour éviter la récurrence du comportement problème. Il vaut mieux se concentrer sur un SCPD à la fois, prioriser les actions.

2- L'analyse fonctionnelle du comportement problème (cf ANNEXE III)

Ylief et Gyselinck-Mambourg (1984) proposent d'utiliser l'analyse fonctionnelle (travaux de Richelle, 1980). Réalisée en équipe pluridisciplinaire, par l'interrogatoire du patient et de son entourage et par son observation directe dans différentes situations, elle s'articule autour de trois questions précises :

- que se passe-t-il ?
- dans quelles circonstances ?
- quelles conséquences ?

Examen du comportement problème :

Mieux l'aidant peut définir le problème, plus apte il sera à planifier une action efficace. Il faut réaliser une description précise du comportement : les manifestations, leur ancienneté, leur topographie, leur durée, leur fréquence, leur intensité... Cet examen permet de cibler le comportement problème et d'établir une ligne de base (sur une à deux semaines) pour évaluer l'évolution du trouble avec l'action thérapeutique. Il établit aussi le degré d'urgence et de dangerosité ou de risque fonctionnel à court terme pour le patient et autrui.

Les circonstances d'apparition du trouble (facteurs prédisposant /déclenchant) :

- Bien que l'aidant ait parfois l'impression que le SCPD incriminé survient «sans raison», une observation attentive des événements ayant immédiatement précédé le comportement peut révéler

des déclencheurs dans l'environnement externe (physique ou social) du sujet. Il faut aussi rechercher des précurseurs annonciateurs avant le déclenchement du comportement.

- Il peut y avoir d'autres signes psycho-comportementaux associés, parfois moins visibles, qui majorent le trouble voire le déterminent (exemple: présence d'hallucinations qui entraînent d'autres troubles du comportement plus bruyants).

- Il faut rechercher aussi les variables organiques spécifiques qui peuvent être des facteurs déterminants, d'autant plus dans la pathologie démentielle. Les déficits fonctionnels, limitant l'adaptation du sujet, vont souvent majorer les troubles. (Horowitz, 1997). Sont à noter l'acuité sensorielle, les atteintes du système ostéo-articulaire, les éventuelles lésions cérébrales et les déficits consécutifs. Il faut également appréhender le niveau de dépendance, l'état de détérioration cognitive (MMS) et administrer éventuellement des échelles d'évaluation de la douleur. Le traitement médicamenteux doit aussi être pris en compte, en particulier les psychotropes.

- La connaissance des antécédents historiques est également capitale. Le mode de réaction d'un individu à des contraintes biologiques ou environnementales va dépendre de son répertoire cognitif et comportemental, inné et acquis, avec l'histoire personnelle, familiale, socioculturelle, professionnelle... Nous allons nous intéresser notamment aux capacités d'adaptation et aux aptitudes relationnelles. Connaître la personnalité pré-morbide du patient et son mode de vie va permettre de pondérer ou de réévaluer certains comportements jugés inadéquats et d'individualiser la prise en charge.

Les SCPD sont rarement simples, en général, plusieurs facteurs contribuent à déclencher un comportement, et mieux les aidants comprendront la relation existante entre ces facteurs, plus ils auront de chances d'intervenir avec succès (IPA).

Les conséquences du trouble :

Il s'agit d'examiner les réponses apportées par le personnel soignant et les autres résidents. Il faut rechercher dans la réaction de l'environnement social des facteurs de maintien, voire de renforcement du comportement problème (intervention systématique, commentaire négatif, agressivité, absence de valorisation de ce qui va bien...), mais également les réponses qui tendent à apaiser le trouble afin de les utiliser comme point de départ du travail thérapeutique.

Enfin, il convient de questionner le sens du trouble pour le sujet lui-même, en considérant le trouble comme une façon pour le résident d'exprimer ce qu'il ressent dans une situation donnée. Il peut s'agir de facteurs de maintien. Toutefois, avec l'altération cognitive, la perte des capacités de verbalisation, l'anosognosie, les hypothèses faites seront souvent limitées.

Cette analyse permet de réaliser un modèle de causalité « multidimensionnel » et « rétroactif » guidant l'action thérapeutique. C'est à partir de ce cheminement que j'ai construit la grille d'analyse présentée dans l'illustration pratique (3ème partie).

3- Les outils et échelles existants

Plusieurs échelles ont été élaborées au cours des dernières décennies pour objectiver et homogénéiser l'étude des SCPD. Chacune présente des forces et faiblesses relatives, le choix va dépendre des aspects comportementaux et psychiatriques que l'on désire étudier (APA, 1997).

Il y a deux grands types d'outils:

- certains se limitent à l'évaluation d'une seule dimension comportementale ou affective (échelle pour la dépression ou inventaire de l'apathie, l'inventaire de Cohen Mansfield)
- plus largement répandus sont les produits multidimensionnels qui évaluent le profil global des SCPD, le plus utilisé étant sans conteste l'inventaire neuropsychiatrique (NPI).

Je vais présenter en détail les deux outils mentionnés par l'HAS et l'IPA dans leurs recommandations pour la prise en charge des troubles du comportement. Il s'agit des deux échelles les plus utilisées, tant en recherche qu'en clinique, et avec de bonnes qualités psychométriques.

a - L'Inventaire neuropsychiatrique (cf ANNEXE IV) :

Cet instrument a été développé par JL Cummings en 1994. Il permet de recueillir des informations sur l'absence ou la présence de troubles psycho-comportementaux en explorant dix domaines comportementaux et deux variables neurovégétatives communs dans les démences:

1-idées délirantes, 2-hallucinations, 3-agitation/agressivité, 4-dépression/dysphorie, 5-anxiété, 6-exaltation de l'humeur/euphorie, 7-apathe/indifférence, 8-désinhibition 9-irritabilité/ instabilité de l'humeur, 10-comportement moteur aberrant, 11-troubles du sommeil, 12-troubles de l'appétit.

C'est l'outil de référence dans ce domaine. Même s'il n'y a pas de consensus sur son utilisation systématique, cette échelle est largement utilisée en pratique clinique mais aussi aujourd'hui dans le cadre de protocoles de recherche.

La traduction et la validation en langue française ont été réalisées par PH Robert et son équipe du Centre Mémoire de Ressources et de Recherches du CHU de Nice en 1996.

Il existe trois versions en langue française qui ont été validées avec une fidélité intercorrecteur, un

examen du jugement, une validation test re-test et une corrélation entre elles significative :

- l'inventaire neuropsychiatrique : NPI (patients en ambulatoire, questions posées aux proches)
- la version équipes soignantes : NPI/ES (patient vivant en institution, questions aux soignants)
- la version réduite : NPI/R (coté par l'accompagnant sans l'aide du thérapeute).

Je vais maintenant détailler la passation de la version équipe soignante car c'est celle qui pourra être utilisée par le psychomotricien travaillant en institution. Le NPI/ES se base sur les réponses d'un membre de l'équipe soignante impliqué dans la prise en charge du patient. Il convient de bien préciser au soignant le but de « l'interview », de déterminer le temps qu'il passe auprès du patient et comment il évalue la fiabilité des informations qu'il donne. L'entretien est conduit de préférence en l'absence du patient, les réponses doivent être brèves et peuvent être formulées par « oui » ou « non ». Il faut préciser que l'on s'intéresse à des symptômes qui sont nouveaux par rapport au début de la maladie et qui ont été présents pendant le mois précédant l'entretien ou depuis la dernière évaluation. La passation est longue (20 à 30 minutes).

Pour chaque domaine, il est proposé à l'accompagnant de répondre à une question de sélection destinée à décrire dans le langage commun le comportement cible. Si l'accompagnant indique que le patient ne présente pas ce trouble, l'évaluateur passe immédiatement à la question de sélection du domaine suivant, ce qui optimise le temps d'administration. Au contraire, si la réponse est positive ou s'il y a doute, il est alors proposé une série de sous questions destinées à préciser qualitativement les symptômes. Si les questions sont inadaptées, le domaine concerné doit être noté « NA » (non applicable). A la suite de ces sous questions, il est demandé au soignant d'évaluer la fréquence et la gravité selon une échelle qualitativement établie.

La fréquence est cotée par : 1. quelquefois : moins d'une fois par semaine/ 2. assez souvent : environ une fois par semaine/ 3. fréquemment : plusieurs fois par semaine mais pas tous les jours/ 4. très fréquemment : tous les jours ou pratiquement tout le temps.

La gravité est cotée par : 1. léger : changement peu perturbant pour le patient
2. moyen : changement plus perturbant pour le patient mais sensible à l'intervention du soignant
3. important : changement très perturbant et insensible à l'intervention du soignant.

Pour chaque domaine le score est déterminé ainsi : score du domaine = fréquence × gravité.

C'est l'élément le plus pertinent pour la clinique. Pour chaque domaine un score supérieur à 2 est pathologique. Il est possible de réaliser la somme des scores aux 12 domaines neuropsychiatriques

étudiés. Elle varie de 0 à 144 et permet d'avoir une vue globale de l'importance des SCPD.

Enfin d'une manière indépendante, il est proposé au soignant d'évaluer subjectivement sa propre perturbation (charge de travail, temps, retentissement sur le plan émotionnel ou psychologique)

0. pas du tout / 1. perturbation minimum : presque aucun changement dans les activités de routine
2. légèrement : quelques changements mais peu de modifications dans la gestion du temps de travail
3. modérément : désorganise les routines, modification dans la gestion du temps de travail
4. assez sévèrement : désorganise, affecte l'équipe, les autres patients et la gestion du travail
5. très sévèrement ou extrêmement : très désorganisant, source d'angoisse majeure pour l'équipe et les autres patients, prend du temps habituellement consacré à d'autres patients ou activités

Le score total de retentissement obtenu en faisant la somme des différents domaines varie de 0 à 60.

Même si cette échelle est la plus reconnue dans l'évaluation des SCPD, il ne faut pas se limiter au score total du NPI pour entreprendre une prise en charge. Ce test peut manquer de sensibilité en raison de ses réponses en oui/non et ne pas permettre de détecter des modifications fines de comportement. En présence d'agitation, on peut réaliser une évaluation plus précise en utilisant en complément l'échelle d'agitation de Cohen-Mansfield.

b - L'échelle d'agitation de Cohen-Mansfield (cf ANNEXE V)

Cette échelle (CMAI) a été conçue en 1986, d'abord pour la recherche, elle fait l'inventaire de 29 comportements d'agitation les plus rencontrés au cours des démences à différents stades d'évolution. Il y a quatre catégories : agitation physique agressive et non agressive, agitation verbale agressive et non agressive. Elle est à remplir avec un membre de l'équipe soignante, la passation dure 15 à 20 minutes.

La cotation des items se fait sur la fréquence de la survenue des troubles lors des 15 jours précédents, sur une échelle de 0 à 7 : Non évaluable : 0 / Jamais : 1 / Moins d'une fois par semaine : 2 / Une ou deux fois par semaine : 3 / Quelquefois au cours de la semaine : 4 / Une ou deux fois par jour : 5 / Plusieurs fois par jour : 6 / Plusieurs fois par heure : 7. Le score varie entre 29 et 203.

Cette échelle très ancienne a subi de nombreuses validations dont une en français par Micas et son équipe en 1997. Sa limitation principale vient de sa grande spécificité à l'agitation et à l'agressivité, excluant ainsi son emploi pour l'évaluation plus générale des SCPD.

Les deux échelles présentées sont à compléter auprès d'un informateur et donc sensibles au biais résultant de sa perception du comportement. Toutefois, le fait d'interroger les soignants présents au

quotidien apporte une richesse d'informations que ne peut satisfaire un évaluateur indépendant ou l'enregistrement mécanique des manifestations en observation directe du patient.

VIII - Troubles psycho-comportementaux de la démence vs troubles psychomoteurs

De par la définition des troubles psycho-comportementaux de la démence, l'exploration de leurs étiologies, leurs conséquences, on perçoit mieux en quoi ils peuvent être l'objet du psychomotricien. En effet un trouble psychomoteur peut-être défini comme un « trouble neuro-développemental qui affecte l'adaptation du sujet dans sa dimension perceptivo-motrice et émotionnelle, qui se manifeste à la fois dans la façon dont le sujet est engagé dans l'action (sur le milieu) et dans la relation avec autrui (communication non verbale notamment), constituant une source de désagrément et de souffrance pour le sujet et son milieu social. Leurs étiologies sont plurifactorielles associant des facteurs génétiques, neurobiologiques, psychologiques et/ou psychosociaux qui agissent à différents niveaux de complémentarité et d'expression. » (Albaret, 2001 ; Corraze, 1981, 1999, 2010).

On retrouve dans cette définition de nombreuses caractéristiques des SCPD précédemment exposés, bien que ceux-ci soient d'origine non pas neurodéveloppementale mais neurodégénérative : la démence va affecter la conation, les cognitions, les émotions, ce qui détermine l'activité psychomotrice d'un sujet, altérant ainsi ses possibilités d'adaptation à l'environnement et générant des troubles dans le comportement vis-à-vis du milieu tant physique qu'humain.

On peut ajouter la citation du Pr J.P. Clément, « la personne âgée parle et communique avec son corps plutôt que par la parole et la pensée ». Cela est particulièrement manifeste dans la démence de par l'affaiblissement de la mentalisation, ainsi les difficultés vont s'exprimer majoritairement par le corps et la motricité.

Tout comme les troubles psychomoteurs, ils vont nécessiter des investigations spécifiques, dont l'examen psychomoteur, « pour appréhender les aspects qualitatifs et quantitatifs des perceptions, des représentations et des actions du sujet » (Albaret, 2001) et la recherche des différentes étiologies.

En plus de leurs caractéristiques proches des troubles psychomoteurs, ces manifestations de la démence peuvent être intégrées dans le champ de la psychomotricité car nous disposons de par notre formation d'outils intéressants pour les prendre en charge, c'est que nous allons voir dans la partie qui suit.

SECONDE PARTIE : Les troubles du comportement perturbateurs de la démence : «qu'est-ce qu'on fait ? »

A- PRISE EN CHARGE NON MÉDICAMENTEUSE

I - Introduction

Au vu de l'efficacité limitée de la pharmacothérapie, de son coût et de ses effets secondaires parfois massifs, de la meilleure compréhension de la démence ainsi que de l'origine des troubles, toutes les directives en vigueur (HAS, IPA...) recommandent le recours aux prises en charge non médicamenteuses en première intention ou en association systématique avec la chimie. C'est dans cette dynamique nouvelle de soin que la psychomotricité vient trouver sa place.

Les approches non pharmacologiques sont variées et de plus en plus nombreuses. Je me suis intéressée à celles qui rentraient dans le champ de compétences de la psychomotricité et sur lesquelles on pouvait s'appuyer pour guider notre action, en institution, auprès des personnes atteintes de démence sévère avec troubles du comportement. Je vais alors décrire chacune d'elles, évoquer les études réalisées pour en évaluer l'efficacité, puis préciser plus concrètement la pratique en psychomotricité et enfin les limites existantes. Pour étayer les principes de prise en charge, il sera mis en relation les pratiques psychomotrices acquises auprès d'autres populations et la littérature plus spécifique à la démence.

II - Méthodologie des études

Avant d'aborder plus en détail les différentes techniques, il convient de faire un point sur la manière dont elles peuvent être évaluées. En effet, malgré l'intérêt grandissant dont elles font l'objet, les travaux de recherche les validant sont encore limités. Ce constat peut s'expliquer en partie par le peu d'intérêt commercial suscité par la mise au point de ces interventions par rapport aux médicaments et par le défi méthodologique qu'elles posent (Butron et *al.*, 2003).

L'HAS grade ses recommandations en fonction du niveau de preuve apporté par la recherche (échelle de l'ANAES) :

Grade A	Preuve scientifique établie	essais comparatifs randomisés de forte puissance et méta-analyse de ces essais.
Grade B	Présomption scientifique	essais comparatifs randomisés de faible puissance ou essais comparatifs non randomisés mais bien menés. Étude de cohorte.
Grade C	Faible niveau de preuve	étude cas-témoin, études comparatives avec des biais importants, études rétrospectives, série de cas.

Pour ce qui est des approches non médicamenteuses des SCPD, de nombreuses études réalisées comportent de telles faiblesses méthodologiques, qu'elles ne peuvent pas être prises en compte pour juger de l'efficacité et du bien-fondé des pratiques évaluées. Ainsi, les conclusions existantes demeurent restreintes et il convient d'être prudent dans l'analyse des articles scientifiques. P.H. Robert et collaborateurs (2009) ont dressé la liste des *principaux biais méthodologiques* rencontrés, résumée ci-dessous:

Population	Taille des échantillons limitée ne permettant pas de conclusions statistiques Absence de groupe contrôle Pas de randomisation (= participants répartis de façon aléatoire) Absence de données sur le diagnostic Peu d'informations concernant « le perdu de vue » des patients pendant le suivi
Approches non pharmacologiques	Description insuffisante des techniques utilisées Manque de standardisation des techniques Manque d'uniformité dans l'application des traitements non pharmacologiques
Évaluation des SCPD	Évaluation en double insu (= en double aveugle) impossible Évaluateur non indépendant Multiplicité des outils d'évaluation Variabilité des évaluateurs Sensibilité de l'échelle Confusion entre la description et l'évaluation du suivi Manque d'évaluation réelle et claire des SCPD Manque d'évaluation des traitements sur le long terme
Analyse statistique	Manque de détails sur la réalisation et les objectifs des analyses Statisticien non indépendant

A défaut de l'établissement de niveau de preuve appuyant le recours aux thérapies non-médicamenteuses (rapport de 2003 de l'ANAES), les recommandations de l'HAS reposent alors sur un accord professionnel au sein du groupe de travail, après avis d'un groupe de lecture. Elles ont pour but de promouvoir et d'homogénéiser les pratiques.

Depuis 2008, une annexe du CONSORT (« Consolidated Standards Of Reporting Trials ») propose des « normes qualités » pour la réalisation d'études sur les traitements non médicamenteux.

La « Cochrane collaboration » est une organisation internationale indépendante, à but non lucratif qui produit et diffuse des revues systématiques ou méta-analyses sur les effets des interventions de soins. La création de ces revues consiste en une véritable enquête scientifique avec recherche exhaustive de toutes les études potentiellement pertinentes, puis sélection de celles qui répondent à des critères méthodologiques très stricts afin d'avoir des résultats fiables et interprétables. Le résumé de ces revues est librement disponible dans leur base de données : « Cochrane Database of Systematic Reviews ou Cochrane Reviews ».

Au vu de leur qualité, cet exposé s'appuiera grandement sur ces travaux pour rendre compte de l'efficacité (ou non) des méthodes envisagées.

On peut noter, pour conclure cette question, que le manque de résultats significatifs concernant certaines thérapies ne constitue pas une preuve de leur inefficacité. De plus, même s'il n'existe pas toujours de preuves fiables sur l'amélioration du comportement, elles peuvent permettre de rendre la vie du patient et de ses aidants plus supportable.

III - Approches axées sur le milieu environnant

Ces approches sont fondées sur la constatation qu'une personne souffrant de démence devient incapable de s'adapter. C'est par conséquent son milieu de vie que l'on doit adapter à ses besoins particuliers (IPA). C'est ainsi que le concept d'approche prothétique a été élaboré : le milieu de vie du patient doit pallier ses déficits fonctionnels, cognitifs et comportementaux en assumant la fonction de « prothèse environnementale » (Ducros-Gagné, 88). Le milieu idéal doit être non stressant, stable, familial (Eimer, 1989) et sécuritaire. On considère que les caractéristiques de l'environnement, tant humain que matériel, peuvent soit contribuer à l'apparition ou à l'aggravation d'un SCPD, soit au contraire le soulager. La citation du psychiatre Viktor Frankl illustre parfaitement le chapitre qui va suivre: « une réaction anormale dans une situation anormale est un comportement normal ».

1- Le milieu physique

Une multitude de conseils architecturaux et de principes d'aménagement du lieu de vie ont été décrits afin de limiter les SCPD, ainsi que leurs conséquences délétères.

L'errance dangereuse et l'inversion nyctémérale sont les troubles les plus à même de répondre à ces adaptations, en voici un aperçu non exhaustif (IPA, 2003).

Pour l'errance : circuit de déambulation fermé (ou rampe de déambulation) protégé et jalonné d'éléments de réorientation, serrure à combinaison, bracelet et alarme électroniques, chaussures adaptées ...

Pour l'inversion jour/nuit : favoriser l'activité en journée, permettre une exposition suffisante à la lumière du jour (voir lumphothérapie), fixer des horaires de repas et de coucher réguliers, éviter les excitants, atténuer l'éclairage et le bruit en soirée, instaurer un rituel, renforcer les indicateurs temporels...

Les troubles peuvent aussi survenir quand les stimulations excèdent le seuil de tolérance réduit par le déficit cognitif (Sloane et al., 1997). Il convient alors de préférer un éclairage diffus et des couleurs apaisantes, éviter les miroirs et les décorations farfelues, limiter la sur-stimulation auditive par le bruit, éviter les changements d'aménagement trop fréquents. De plus, il est important que l'emploi du temps des patients souffrant de démence demeure aussi régulier que possible et toute modification affectant les routines doit se faire de manière graduelle (Orrell et Bebbington, 1995).

Il faut aussi évaluer et tenir compte des atteintes sensorielles qui majorent les difficultés d'adaptation au milieu et l'angoisse chez le sujet dément.

Il existe une méthode particulièrement décrite qui vise à faciliter la réorientation dans le milieu de vie : « L'orientation dans la réalité ».

Cette technique a été élaborée aux États-Unis dans les années 1950 par Taulbee et Folsom. L'objectif est de favoriser l'orientation dans le temps, dans l'espace et par rapport à l'entourage social des patients déments et ainsi d'améliorer la perception de leur environnement et leur qualité de vie. (APA, 1969). Les auteurs partent de l'hypothèse que l'atteinte mnésique, et la désorientation spatio-temporelle et identitaire qui en découle, sont à la base du dysfonctionnement général observé. Les informations peuvent être données de façon continue (informelle), à l'occasion de chaque interaction avec le patient : le personnel soignant se présente à nouveau, rappelle au sujet son identité, où il se trouve, l'heure de la journée, le jour de la semaine, l'activité qui va se dérouler... Les informations peuvent être dispensées également lors de séances (= « les classes »), individuelles ou collectives, en proposant différents types d'exercices et de supports à visée de réorientation (calendrier, panneau informatif, affiche aide-mémoire...), un animateur suscite alors l'apprentissage actif des informations. Des événements importants de l'actualité peuvent être évoqués afin de maintenir un lien avec le monde extérieur.

Données évaluatives : De plus en plus d'études démontrent l'existence d'un lien fort entre environnement et SCPD, mais les données probantes sur l'efficacité des interventions sont limitées.

Une méta-analyse de la « Cochrane Collaboration » a été réalisée en 2000, six essais comparatifs randomisés sur l'orientation dans la réalité ont été retenus. Malgré certaines réserves méthodologiques, notamment inhérentes à l'hétérogénéité des interventions proposées, les chercheurs concluent à une efficacité des classes d'orientation, à la fois pour les aspects cognitifs et comportementaux. Elles méritent donc d'être considérées comme une procédure à part entière dans un programme global de prise en charge. Toutefois, de nouvelles recherches sont nécessaires pour apprécier les modalités optimales de cette thérapie et en questionner la généralisation et le maintien dans le temps. De plus, cette technique a été critiquée pour son application trop systématique, mécanique qui pourrait avoir un impact négatif sur le bien-être, la qualité de vie des patients surpassant le léger gain cognitif (Dietch JT, Hewett LJ et Jones S., 1989). Ces critiques ont amené l'APA, en 1997, à émettre des recommandations de prudence quant à l'usage de la réorientation.

En pratique : Le psychomotricien apporte souvent un regard nouveau dans la structure de soin, il convient dans son analyse des comportements dysfonctionnels qu'il soit particulièrement vigilant quant aux paramètres de l'environnement physique qui peuvent déclencher ou entretenir les troubles et qu'il puisse conseiller des aménagements à l'équipe. Ce travail peut être réalisé en collaboration avec l'ergothérapeute, s'il est présent dans la l'équipe.

Le psychomotricien peut aussi favoriser l'orientation de manière systématique dans chaque groupe thérapeutique qu'il propose, en reposant le cadre spatio-temporel. Globalement, il peut utiliser toutes les techniques de structuration classique particulièrement décrites dans d'autres cadres pathologiques, notamment l'autisme ou le TDA/H, en l'adaptant bien évidemment à la personne âgée et à ses difficultés propres. Par exemple, on retrouve dans la méthode Teacch des bases de structuration : chaque lieu doit être visuellement défini et indiquer l'activité qui va s'y dérouler, il faut limiter les informations parasites, proposer un emploi du temps visuel et explicite pour que la personne sache ce qui va se passer et puisse anticiper. Ceci limite l'angoisse et l'agitation et favorise la participation et la dynamique de groupe. Il convient également dans le même but d'énoncer clairement l'activité à venir, les consignes doivent être simples et énumérées au fur et à mesure de la séance, il est préférable d'utiliser des supports perceptifs et concrets.

Le psychomotricien peut aussi travailler plus particulièrement l'orientation dans la structure, sur les trajets quotidiens (chambre – salle à manger – salon commun) en favorisant la prise de repères dans le milieu, en effectuant des marquages, en instaurant un rituel transmis aux autres membres de l'équipe... Il pourra également proposer des groupes de « type réorientation » en utilisant un

matériel varié et adapté pour augmenter les capacités d'adaptation à l'environnement chez des patients pour lesquels cela est pertinent, au vu de l'évaluation psychomotrice.

2- L'environnement humain

Une étude de Cohen-Mansefiel et Werner (1997) témoigne de l'importance de la dimension humaine dans les troubles de la démence : ils ont montré que l'augmentation de l'attention et des occasions d'interactions sociales, soit directement (activités de groupe, salon de discussions, aménagement des fauteuils en cercle...), soit indirectement (bande audio ou vidéo enregistrée par les proches) s'avéraient efficaces sur l'agitation verbale surtout quand celle-ci était due à une carence affective et de stimulation.

Par la suite, c'est essentiellement la façon dont les soignants interagissent et communiquent avec les patients qui a été étudiée, considérant l'impact majeur sur le comportement. Ainsi de nombreux conseils de « bonne pratique » ont été formulés. L' HAS a officiellement publié des recommandations sur les attitudes de communication et de soin, qui sont bien évidemment à adapter à chaque résident (mesure 15 du plan Alzheimer 2008-2012). Des conseils sont donnés notamment sur les caractéristiques du message verbal et non verbal, l'optimisation de l'échange, la permanence du choix, la recherche systématique des capacités restantes et leur stimulation. Il est recommandé de prendre le temps, d'installer des routines adaptées aux habitudes de vie, de ne jamais obliger le patient à faire ce qu'il n'a pas envie de faire, de simplifier le quotidien, le fragmenter en étapes. Quand un trouble du comportement survient, ne pas chercher à raisonner le patient, ne pas témoigner d'un énervement ou d'une crainte, le laisser se calmer. Il convient de laisser faire les comportements qui ne dérangent pas ou bien proposer une activité alternative.

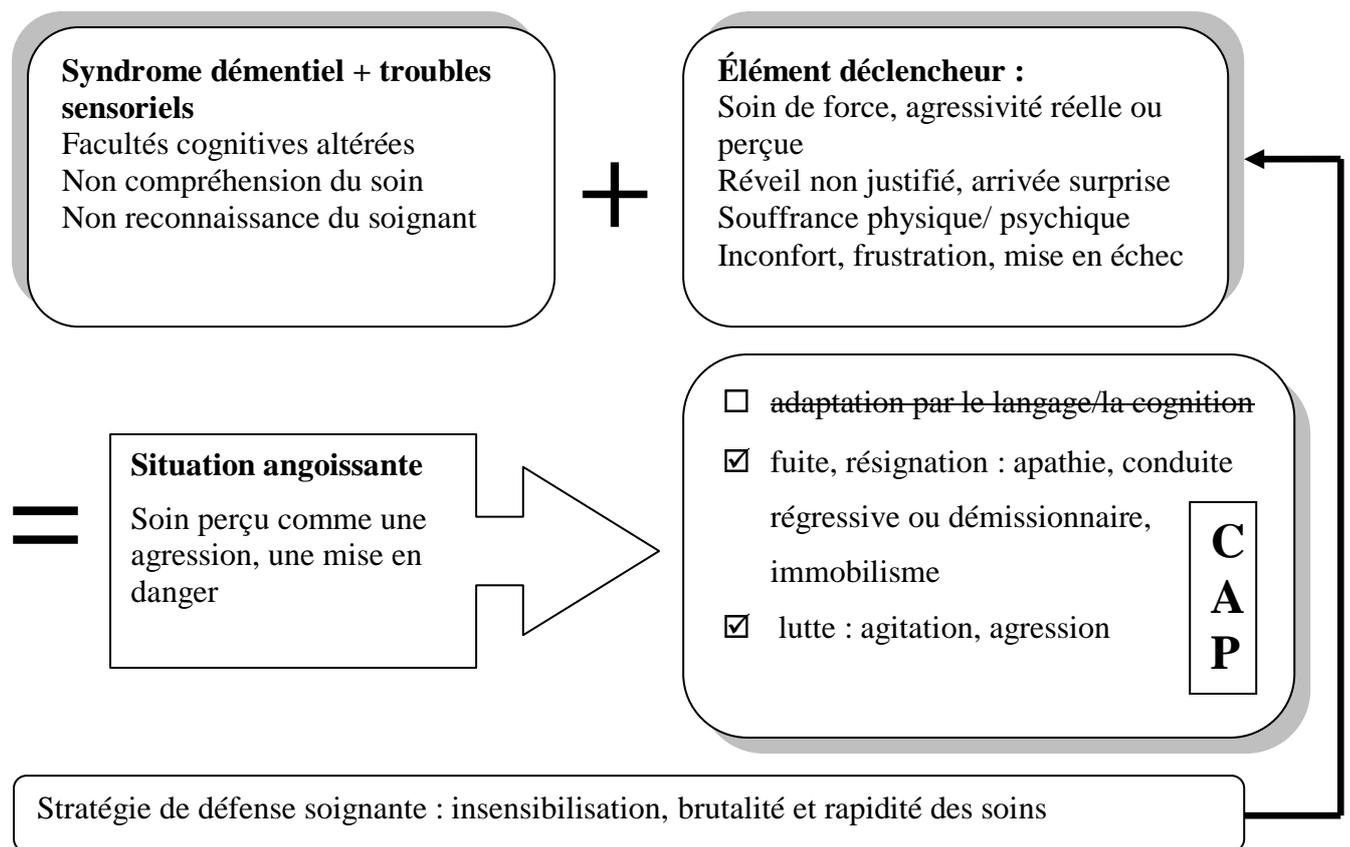
A partir du constat de cette nécessité d'adaptation des soignants, il a été mis en place des modules de formation avec souvent une information théorique sur la démence et les SCPD, des conseils pratiques pour la prise en charge, des groupes de parole ou de supervision clinique... afin de réduire les troubles, remotiver et apaiser les équipes, favoriser la relation soignant-soigné. Il apparaît aussi, au sein des EHPAD, des chartes de bonnes pratiques pour promouvoir la bientraitance. Il n'y a pas à l'heure actuelle de preuve scientifique de l'impact de telles formations (Edberg et *al.*, 1996).

On peut alors aborder une approche qui a conceptualisé ces principes de soins en une technique à part entière : la philosophie de l'Humanitude. Il s'agit d'une « philosophie » du soin fondée par Yves Gineste et Rosette Marescotti (Professeurs d'EPS, DU de psycho-gérontologie) fondée sur la

réhabilitation de la personne âgée en tant qu'humain avec des facultés, des caractéristiques, des besoins, des désirs spécifiques, amenant ainsi à une nouvelle façon de concevoir la prise en soin. Ils ont élaboré et déposé différents concepts tels que « la manutention relationnelle® », « le mourir debout® », « le toucher tendresse® »...

Ils ont également développé sur la démence (préférant le terme de syndrome cognitivo-mnésique), la genèse des troubles du comportement et une méthode d'intervention. C'est ce que nous allons aborder plus en détail. Les auteurs ont déposé une terminologie propre de ces troubles : les « Comportements d'Agitation Pathologique » (CAP), considérant les sujets atteints d'une maladie, et ainsi ne maîtrisant pas leur agitation, celle-ci survenant souvent comme un moyen de défense.

Ils proposent le schéma suivant pour expliquer la survenue des troubles :



Ce modèle s'appuie sur le postulat suivant : la maladie d'Alzheimer crée une défaillance au niveau de la cognition (mémoire, attention, difficultés de conceptualisation, troubles de l'orientation, troubles du langage..) qui perturbe la perception et la compréhension du monde environnant, l'analyse des situations et c'est ce qui est à l'origine des CAP. De plus, les auteurs stipulent que les affects sont davantage préservés et vont seuls guider la conduite du sujet.

Il existerait une mémoire émotionnelle, très précoce, et qui résiste longtemps dans la maladie. Ils appuient cette affirmation par le fait que le rappel d'informations en situation est meilleur que sur

demande, et que certains faits intenses sont encore enregistrés : une personne peut perdre la capacité à reconnaître cognitivement une personne mais éprouver un ressenti différent en présence d'un proche. Ce phénomène intuitif est évoqué sous le terme d' « empreinte émotionnelle® ». C'est sur cette disposition particulière que les auteurs se sont appuyés afin de proposer une méthode d'intervention auprès des patients désorientés et agités, ils l'ont intitulée « **la capture sensorielle®** ». Elle a pour objet de faire comprendre la bienveillance, éviter les réactions de défense sans passer par le langage et la cognition, mais plutôt en utilisant cette mémoire affective: le toucher, le regard, le sourire, la tonalité de la voix, la qualité de la présence sont déterminants.

Ci dessous, la stratégie d'intervention en « prévention/pacification » des CAP :

Évaluation de la pertinence du soin : moment, lieu, intervenant, type de soin

Entrée dans l'espace de la personne : s'annoncer en frappant à la porte, s'annoncer verbalement, se faire voir, arriver de face, se positionner à la hauteur de la personne, se présenter, annoncer le soin...

<p><u>Les préliminaires aux soins©</u> : phase d'apaisement, entrée en relation, écartement des seuils de tolérance pour la situation de soin. Recherche du consentement (verbal ou non) – Recours aux 3 piliers de l'Humanité :</p> <ul style="list-style-type: none"> • le regard : horizontal (même hauteur), axial (en face), long (non fuyant), proche tenir compte de la baisse de l'acuité et de la vision en tunnel. • la parole : ton audible, doux, calme, signifiant bonjour + attente de réaction + explication avec composante d'aide + répétition Toujours mots du registre positif pour favoriser la résurgence d'état corporel lié à des situations de bien-être. • le toucher : professionnel (technique de prise), progressif (social → intime), permanent (durant tout le soin), pacifiant (vaste, lent, doux). <p>Sans apaisement après 3 minutes: reporter le soin, trouver moment ou soignant plus propice.</p>	L A C A P T U R E S E N S O R I E L L E
<p><u>« Le rebouclage sensoriel© » :</u> Soignant : permanence du toucher, du regard, de la parole (au moins deux des trois) explication des actes de soin. Patient : favorise l'apaisement, la baisse du tonus musculaire et donc facilite les mobilisations.</p>	
<p><u>« La consolidation émotionnelle© » :</u> Conclure le soin par quelques mots sur l'ambiance positive, sur le bon moment passé ensemble, consolider l'impression affective pour qu'elle s'inscrive durablement.</p>	

Les auteurs ont aussi décrit que l'on parle très peu aux personnes démentes (120 secondes/ 24h selon une étude canadienne), qu'on les touche à peine, et cela d'autant plus si elles sont grabataires ou considérées comme agressives, les soins sont alors pathogènes, en effet, ce mépris de la relation humaine peut également conduire aux CAP.

Si la capture sensorielle ne fonctionne pas, que les soins restent difficilement supportés (estimation de 10 à 25 % des cas), il est alors possible en dernier recours d'utiliser la « **stratégie de diversion**© ». Elle se base sur la perte de l'attention divisée, le principe est d'amener la personne à se concentrer sur un élément extérieur au soin pendant celui-ci. On se base sur la connaissance de l'anamnèse pour trouver les éléments positifs à évoquer pour détourner l'attention. Cette stratégie nécessite souvent deux soignants, l'un tenant le dialogue, l'autre réalisant le soin. La diversion est amenée à disparaître progressivement quand le climat s'apaise.

Données évaluatives : une seule étude est recensée à ce jour, elle a été réalisée par « Successful Aging Database » en 2008 avec, pour vocation d'objectiver, l'efficacité de cette méthode. L'étude a été effectuée chez 111 patientes atteintes de la maladie d'Alzheimer, avec une évaluation de la toilette, avant et après la formation des soignants aux principes de l'Humanitude. Il a été coté l'intensité des comportements perturbateurs, la pénibilité ressentie par le personnel, et le relâchement musculaire des patientes. Les résultats révèlent une amélioration « importante ou très importante » de 83% des soins habituellement difficiles, surtout en ce qui concerne les coups, l'opposition et la passivité. Ces résultats semblent certes spectaculaires, mais l'étude présente des faiblesses méthodologiques majeures qui doivent faire relativiser ces conclusions : absence d'outils standardisés, d'évaluateur indépendant, de groupe contrôle. Il convient de penser qu'une telle prise en soin ne peut être que bénéfique, toutefois des études plus rigoureuses sont nécessaires pour pouvoir en affirmer l'efficacité.

Critiques : L'Humanitude a ses détracteurs, il lui est reproché, entre autres, d'avoir créé un marché autour de principes jugés évidents, de l'ordre du bon sens, il y a de nombreux termes déposés et les formations fleurissent un peu partout à un prix élevé. Toutefois sur le terrain on peut constater qu'avec les contraintes de vitesse, l'installation de la routine, bien des « évidences » ne sont pas respectées et il ne semble pas superflu de rappeler certains fondements de la prise en soin.

Dans ce sens, la formalisation des principes favorise la mise en place des formations aux soignants et également la réalisation d'études scientifiques. Même si les résultats sont encore limités, elles sont nécessaires pour asseoir l'importance des prises en charge non médicamenteuses et du relationnel auprès des sujets atteints de démence.

Il a également été reproché le trop grand contact qu'implique cette technique de soin, il est vrai que la question de la juste distance est récurrente en EHPAD, il convient de pouvoir apporter une certaine chaleur, une dimension de tendresse, d'écoute, sans rentrer dans une relation affective.

En pratique : Si j'ai particulièrement détaillé cette partie, et notamment la théorie de soin humaniste, c'est que la psychomotricité en EHPAD a une place centrale dans cet ajustement relationnel. De par sa formation, le psychomotricien est particulièrement sensibilisé à l'importance de la relation thérapeutique. Bien souvent il a alors un rôle de « formateur » auprès de l'équipe soignante, d'autant plus quand il existe des troubles du comportement dans la structure de soin, étant reconnu par l'HAS comme ayant une certaine expertise dans ce domaine. Le psychomotricien apporte un regard nouveau dans la structure, cette place est délicate car il peut être sollicité par la direction pour proposer des adaptations, des conseils, il faut alors pouvoir amener l'équipe à une prise de conscience et à une reconsidération de ses habitudes de travail, en faisant preuve de beaucoup de diplomatie. Il faut surtout insister sur le gain, tant pour les résidents que pour l'équipe, en temps et en qualité de soin. Cela se retrouve dans d'autres structures, mais est particulièrement manifeste en EHPAD. On peut constater que le psychomotricien exerce souvent une fonction de relais entre les exigences institutionnelles et l'équipe.

De plus, on peut noter que dans la démence la relation passe essentiellement par la communication non verbale (notamment le regard, les mimiques, les gestes, la posture, le toucher...), très longtemps préservée : on observe souvent un certain « mimétisme soignant-soigné » sur lequel on peut s'appuyer pour construire l'échange et proposer les activités. C'est une des compétences du psychomotricien de repérer ces capacités et d'en favoriser l'usage.

IV - Approche comportementale

Description : Ce sont essentiellement les techniques comportementales des TCC (Thérapies cognitives et comportementales) qui sont mises en place ; le recours à la restructuration cognitive étant illusoire dans la démence sévère. L'approche comportementale se fonde sur l'analyse et la modification des variables de l'environnement (ici institutionnel) impliqué dans la genèse et le maintien des comportements du dément. En effet, un comportement va apparaître et se maintenir si ses conséquences sont positives pour le sujet, et à l'inverse si les conséquences sont négatives, il va avoir tendance à disparaître. L'action thérapeutique se base ainsi sur l'utilisation du conditionnement opérant, les techniques de renforcement et d'extinction, reconnues de longue date pour modifier un comportement inapproprié.

Notons que, même si l'opposition est fréquente entre humanisme et comportementalisme, on retrouve des principes communs. Dans l'Humanitude, il s'agit finalement de modifier l'attitude des soignants (l'environnement humain) et consolider (renforcer) l'échange positif afin d'obtenir un changement de comportement. La philosophie de prise en soin existante est cependant différente.

La base dans l'approche comportementale va être de réaliser une analyse fonctionnelle pour déterminer les antécédents et les renforçateurs du trouble (cf 1^{ère} Partie/VII). À partir de cette évaluation, on va mettre en place un programme de restructuration comportementale individualisé.

Plusieurs études, notamment une étude d'Ankus et collaborateurs (1972) révèlent que l'apprentissage de réponses opérantes est encore possible chez le vieillard sénile à condition que les renforcements soient intensifs et systématiques. Les objectifs thérapeutiques doivent être réalistes et planifiés de concert avec l'équipe. Il faut également envisager tous les problèmes susceptibles de survenir, les moyens pour les résoudre ou l'élaboration de plans de rechange. Il faut déterminer les critères permettant d'établir si un plan fonctionne ou pas (par exemple en contrôlant le nombre de fois que le SCPD survient, ou sa durée). Il convient de privilégier les techniques positives, c'est à dire initier ou augmenter un comportement approprié plutôt que de recourir à un système punitif (Bird et *al.*, 1995).

Ces techniques ont particulièrement été décrites dans les années 1980, la meilleure façon de les expliciter est certainement d'en donner des exemples.

Illustrations : Pour l'agitation verbale, il s'est avéré efficace de renforcer tout comportement incompatible avec le comportement problème (= technique du contre renforcement ou renforcement différentiel) c'est à dire manifester de l'attention quand la personne est calme ou présente des verbalisations adaptées, et au contraire quand l'agitation apparaît pratiquer le retrait d'attention, déplacer la personne dans un endroit où le renforcement n'est pas disponible (Buchanan et *al.*, 2002).

Pour l'agressivité, une étude réalisée par Primeau et collaborateurs en 2006 a consisté, après quantification des comportements agressifs pendant la toilette (ligne de base), à appliquer là aussi le renforcement différentiel : l'absence de manifestations perturbatrices pendant 30 secondes est renforcée socialement ou de manière plus tangible (renforcement primaire). Au bout de 13 jours on dénote une diminution significative des comportements agressifs et une meilleure coopération. L'amélioration perdure 6 mois après et se généralise aux autres périodes de soins.

Pour l'errance il a été tenté d'utiliser des pictogrammes/repères visuels pour empêcher la circulation dans les lieux interdits (notamment la chambre des autres résidents), après un conditionnement à l'arrêt face à ces panneaux, ils ont été mis en place dans l'institution avec succès (Bird et *al.*, 1995).

Aucune méta-analyse sur ces méthodes n'a pu être réalisée, car même si elles sont très documentées, il s'agit forcément d'approches individualisées et pragmatiques car il n'est pas évident d'adapter les règles de laboratoire aux contingences institutionnelles. Toutefois, l'efficacité étant prouvée dans d'autres cadres nosographiques et les études de cas décrites auprès de sujets déments étant très pertinentes, l'IPA reconnaît l'intérêt de recourir à ces méthodes. Après, il convient de considérer que l'on a à faire à des manifestations inscrites de longue date dans le répertoire comportemental de l'individu et qu'il est illusoire d'espérer un changement en quelques jours.

En pratique : En tant que psychomotriciens, nous sommes formés à l'analyse fonctionnelle des comportements et à la mise en place des techniques d'apprentissage et des renforcements. Toutefois, le cadre de la démence nécessite des ajustements. C'est pourquoi il faut connaître les caractéristiques de cette pathologie, les troubles qui surviennent, les étiologies possibles pour guider notre évaluation et l'élaboration du projet. Le psychomotricien ne peut agir de manière isolée, il est primordial que les soignants participent à l'analyse, qu'ils soient informés du plan actuel et entraînés à son application afin que tout le personnel ait une attitude cohérente face au comportement cible. Cela implique une participation active et une adhésion au fait qu'un changement de comportement est encore possible.

V - Approches spécifiques en psychomotricité

Jusqu'à présent, nous avons étudié des approches globales dans lesquelles le psychomotricien a davantage un rôle de relais auprès de l'équipe. Nous allons maintenant aborder plus spécifiquement le travail qu'il peut mener directement auprès des résidents en utilisant les outils et les médiations auxquelles nous sommes formés.

Notons que «le corps a des dimensions cognitives, affectives, perceptives, motrices et communicatives» (Albaret, 2001) Ainsi, il convient d'apprécier ces différents niveaux d'interventions dans les médiations corporelles, et cela est particulièrement pertinent dans la démence.

1- L'activité physique

Constat : Elle peut constituer un outil thérapeutique dans de nombreuses populations cibles, et notamment chez les sujets déments, même à des stades avancés par la mobilisation passive. Le postulat de base est ici que la pauvreté de l'exercice physique inhérente à l'avancée en âge, et d'autant plus marquée avec la vie institutionnelle, peut expliquer en partie la survenue des troubles du comportement. Cela semble surtout marqué pour l'errance, l'agitation vespérale, l'agressivité, les troubles du sommeil... En effet, on peut aisément concevoir qu'un sujet qui n'a pas l'occasion d'être actif puisse avoir besoin de se « dépenser » par un autre moyen. Ainsi Holmberg (1997) avait démontré moins de comportements hétéro-agressifs les jours où était organisé un groupe de marche. De plus, les études animales laissent présager que l'activité physique pourrait ralentir le mécanisme physiopathologique de la démence, notamment en préservant, au niveau cérébral, le débit sanguin résiduel et le taux d'extraction de l'O₂, en activant certaines hormones et en limitant le risque d'aggravation d'origine vasculaire (Churchill JD, 2002).

Powel (1974) et Diefeldt (1977) affirmaient qu'une activité physique structurée et variée améliorerait de manière significative le fonctionnement intellectuel et comportemental alors qu'à l'inverse la passivité est un facteur de dégradation.

Évaluation : C'est pour valider ces hypothèses que la « Cochrane collaboration » a réalisé une méta-analyse évaluant l'efficacité de programmes d'activité physique divers (type/durée), comparés aux soins habituels, sur l'amélioration de la cognition, des comportements, de la dépression et de la mortalité chez des personnes atteintes de démence (de tout type et tout degré de gravité), ainsi que le retentissement sur les aidants. Deux essais seulement ont pu être inclus, et les résultats suggèrent que les preuves sont insuffisantes pour établir l'efficacité de l'exercice physique dans la démence, une exploration plus rigoureuse est nécessaire. Notons que l'impact sur les SCPD est très peu étudié. Il serait, en outre, intéressant de déterminer le type d'activité, la durée, la fréquence, le moment de la journée..., le plus à même de favoriser la réduction des troubles.

En pratique : Il est important que le psychomotricien favorise la mobilité chez les patients déments. Cela peut prendre la forme d'ateliers d'équilibre avec réalisation de parcours moteurs ou de mobilisations corporelles plus douces. Il faut aussi tenir compte de l'homogénéité de la population : niveau de démence, degré de mobilité qui détermine la faisabilité des interventions et les effets indésirables potentiels (risque de chutes...). Il est parfois nécessaire de mener un travail en individuel. Certains patients sont limités sur le plan des mouvements et des gestes par une gêne fonctionnelle et/ou une certaine inactivité inhérente à l'institution.

En plus des vertus supposées sur le comportement, l'exercice physique est une nécessité dans la démence, car même si les aptitudes physiques sont initialement préservées, l'atteinte conduit progressivement à une grabatisation qu'il faut prévenir.

2- Détente et relaxation

Il existe de nombreuses approches permettant d'obtenir une détente et pour certaines d'aboutir à un réel état de relaxation. Celui-ci se caractérise par un état altéré de la conscience (avec arrêt de traitement des informations externes et internes et monoïdéisme), un état affectif neutre, des modifications physiologiques objectivables et une expérience subjective de détente.

Plusieurs méthodes vont être explorées ci-dessous car il convient de pouvoir s'adapter aux besoins et aux potentialités de chaque résident. Notons qu'aucun protocole ne peut être suivi de manière stricte et rigide auprès de cette population et qu'il s'agit plus de rechercher l'apaisement qu'un réel état modifié de conscience. Il faut faire preuve constamment d'adaptation. La littérature sur ces pratiques est pauvre chez la personne âgée et rarissime dans la démence. Les méthodes ne sont pas clairement décrites et l'évaluation rarement rigoureuse.

Bien souvent, les techniques utilisant les capacités cognitives d'analyse ou simplement l'utilisation du langage verbal ne seront pas exploitables, en raison de la démence à laquelle peuvent se rajouter des altérations sensorielles. Il conviendra alors de passer soit par le toucher, soit par l'imitation, soit par la stimulation multi-sensorielle pour obtenir l'apaisement.

a - Toucher thérapeutique et mobilisations passives

Il a été décrit des techniques de toucher dit « thérapeutique », cela consiste à appliquer des pressions légères et régulières sur le corps afin de lui redonner « limite, volume, et densité ». (Tessier, 2001). Le contact doit se faire de manière progressive et bienveillante, en commençant par une zone de socialisation (main, épaule). Il doit être porteur d'intentions, « humanisant ».

Il est également possible d'adapter la relaxation activo-passive de H. Wintrebert à la personne âgée : la mobilisation lente et rythmée des différents segments permettrait un relâchement musculaire global. En plus de cette détente physique, les inductions tactiles, proprioceptives et verbales qui sont données au système nerveux central favorisent la perception et la conscience corporelle, d'autant que celle-ci s'appauvrit avec le vieillissement et la vie en institution, les sujets étant peu actifs et peu touchés. Les manipulations ne doivent jamais être douloureuses ou imposées.

On peut y rajouter des vibrations des articulations, en s'inspirant de la relaxation coréenne, elles favoriseraient un état de détente nerveuse beaucoup plus profond que le toucher par l'action sur les tissus conjonctifs, riches en terminaisons nerveuses.

Si le contact direct n'est pas possible ou pas souhaité, il est également possible de recourir à des « massages médiatisés », par objets interposés de type balle, foulard, pompon...

Évaluation : La Cochrane Collaboration a réalisé une revue systématisée en 2006 pour éprouver l'effet des techniques de massage, de digito-pression et de toucher thérapeutique sur le déclin cognitif et les troubles psycho-comportementaux de la démence. Seulement deux études présentant une qualité méthodologique suffisante ont été retenues (Remington R, 2002 et Friedmann E, 1986), même si toutes deux démontrent une efficacité à court terme du toucher sur l'agitation et l'apathie, cela ne suffit pas pour établir des recommandations générales sur ces interventions, ni sur les effets secondaires potentiels. Les auteurs concluent qu'elles peuvent servir d'alternative ou de complément à d'autres thérapies mais que de nouvelles études sont nécessaires pour apporter une preuve définitive et préciser les modalités d'usage.

L'idée dans ces techniques est d'obtenir le monoïdéisme en se concentrant non pas sur une cognition ou la suggestion d'une sensation mais sur une sensation réelle et perceptible, ce qui dans la démence est davantage indiquée.

Plus généralement, on peut concevoir que le toucher est source de réconfort et qu'il constitue un moyen de rester en contact lorsque la communication verbale est compromise, représentant une alternative intéressante aux privations sensorielles ou intellectuelles. Ainsi, il tient une place importante, tant dans les techniques thérapeutiques que dans les soins du quotidien.

b - L'imitation comme vecteur de l'état de détente

Ce travail de recherche a été réalisé par T. Rousseau et K. Métivier (2007). Ces auteurs offrent une autre alternative que le toucher pour favoriser la relaxation chez le sujet dément tout en tenant compte de l'atteinte de la communication et des capacités cognitives. Ils proposent d'utiliser les possibilités préservées d'apprentissage procédural et d'imitation pour transmettre un état émotionnel de détente au patient.

Bases théoriques : Même si des troubles praxiques peuvent être présents, le dément préserve le stade de « l'échoïsation archaïque » (Cosnier, 1996), il s'agit de la première forme d'imitation à apparaître dans la prime enfance, constituant déjà un mode relationnel. C'est la capacité à imiter une

émotion ou un comportement sans recours à la cognition, par automatisme, on parle aussi de « mimétisme affectif ». Elle s'explique notamment par la grande dépendance à l'environnement. La conservation de la mémoire procédurale, quant à elle, permet de faire des apprentissages par la répétition et le renouvellement d'expériences et de répondre de manière adaptée à l'environnement grâce à des connections apprises entre stimuli et réponses.

Données évaluatives : C'est une pratique intéressante car elle s'appuie sur la connaissance de la pathologie démentielle et des capacités préservées, il reste néanmoins à poursuivre un travail de recherche plus conséquent pour en objectiver l'efficacité. A l'heure actuelle, seules des études de cas ont été décrites, cette méthode a pu être utilisée auprès de personnes très déficitaires (MMS < 5). Deux conditions expérimentales sont abordées : un travail régulier dans un cadre propice à la détente (en chambre), une action au moment des crises. Globalement on constate que la relaxation peut avoir un effet bénéfique dans les deux conditions diminuant ou annihilant les troubles. Toutefois, l'apaisement ne perdure pas plus d'une heure après l'intervention. Ni la pratique, ni les critères d'évaluation ne sont vraiment explicités et ne s'agissant pas des mêmes patients dans les deux conditions, on ne peut pas savoir si un cadre de relaxation appris et répété via l'imitation est une phase préparatoire qui facilite l'obtention d'un état de détente dans des contextes d'urgences. Cette dernière donnée permettrait d'appuyer fermement et de guider la prise en charge psychomotrice dans la gestion des SCPD.

En pratique : Le psychomotricien qui dispose d'un bagage théorique sur l'imitation, l'empathie, les communications non verbales va pouvoir en user pour transmettre un état d'apaisement au patient dément et ainsi optimiser la pratique de la relaxation auprès de cette population. Cette méthode est notamment intéressante pour proposer un apaisement dans l'urgence, au moment où survient le trouble, elle permet de réajuster les conduites des professionnels, en effet au lieu de réagir de manière parfois brusque, avec haussement du ton, il convient davantage d'être calme et apaisant pour répercuter cet état en écho chez le résident. La notion d'empathie est un facteur déterminant pour la prise de contact avec la personne agitée, mais aussi pour faciliter la transmission du calme. Il s'agit à la fois d'un savoir-faire et d'un savoir-être.

c - Stimulations multi sensorielles – Méthode Snoezelen®

Historique et descriptif : Le concept Snoezelen s'est développé aux Pays Bas, à la fin des années 1970 proposant de réintroduire dans la vie médicalisée de personnes très dépendantes la notion de bien-être à travers la stimulation des différents sens.

Il s'agit d'espaces aménagés sécurisant offrant un large éventail de sons, d'odeurs, de formes, de textures, de couleurs et d'effets d'éclairage : l'ambiance sonore et lumineuse invite à la détente mentale tandis que des matelas à eau, des coussins ou des objets spécialement conçus à cet effet favorisent la détente musculaire.

Ce n'est que dans les années 90 (1998 en France) que ce mode de prise en charge s'est étendu au milieu gériatrique et plus particulièrement à la démence pour ses effets supposés sur les troubles du comportement. La stimulation sensorielle permettrait d'obtenir un effet relaxant (réduction de l'agitation, de la désinhibition, sédation de l'agressivité....) et/ou un effet stimulant (amélioration de la fluence verbale, regain d'intérêt pour l'environnement humain et matériel, augmentation de la vigilance et de la communication...). On a d'ailleurs vu précédemment que pour induire la détente chez des sujets déments, il convient de se centrer essentiellement sur le monoïdéisme induit par les sensations.

En outre, elle serait adaptée à cette population et bien acceptée (Lehnart, 2000). En effet, cette exposition ne nécessitant aucun effort sur le plan intellectuel, tout en stimulant les capacités sensorimotrices résiduelles, elle pourrait être bénéfique et valorisante chez des patients aux aptitudes communicationnelles et cognitives réduites.

Qui plus est, l'utilisation de ce concept en gériatrie répond aux théories sur le syndrome de privation sensorielle et l'effet iatrogène de l'institutionnalisation : en effet viennent se rajouter aux déficiences sensorielles fréquentes, le retrait social, l'amoindrissement de la motivation et de la communication, un environnement aseptisé et monotone, un toucher réduit à sa plus simple expression, et ce d'autant plus que les personnes sont grabataires. Il en résulte un véritable isolement sensoriel pouvant générer passivité et manifestations psycho-comportementales. La citation de Boris Cyrulnik (1993) illustre bien les effets délétères de l'isolement sur le comportement : « Quand le présent défaille, le passé prend sa place dans la conscience, les sujets ruminent et s'agitent parce que rien, dans leur réalité présente, ne les en empêche ... ».

La société Alzheimer du Canada va plus loin, en se basant sur des modèles animaux, elle estime que la stimulation sensorielle et sociale pourrait, via les impulsions nerveuses, favoriser le « bourgeonnement de cellules cérébrales saines » et « l'établissement de nouvelles connexions » compensant celles détériorées par la démence (Rapport du D^r Jack Diamond, 2006). Ceci est bien évidemment purement hypothétique, rien n'est actuellement prouvé chez l'Homme.

A l'heure actuelle des salles Snoezelen fleurissent de plus en plus au sein des EHPAD.

Données évaluatives : L'adoption de la méthode Snoezelen comme mode de prise en charge par les différents établissements s'est faite plus sur des arguments empiriques que sur les conclusions d'études scientifiques validées (Lehnart, 2000). Quelques essais ont toutefois été réalisés mais ils sont encore peu nombreux et présentent d'importantes faiblesses méthodologiques : faible échantillon, évaluation subjective, absence de groupe contrôle, double insu impossible....

La Cochrane Collaboration a réalisé une première revue en 2002, comprenant deux essais, certains avantages à court terme sont alors documentés pour gérer les comportements inadaptés, promouvoir l'humeur positive et l'intérêt chez les sujets déments pendant et immédiatement après leur participation aux sessions, puis l'effet s'atténue progressivement. L'effet semble significatif par rapport à l'absence de prise en charge, mais pas supérieur à d'autres thérapies.

Une mise à jour de la Cochrane est effectuée en 2008, incluant deux nouveaux essais et adoptant une analyse plus rigoureuse, La qualité méthodologique est jugée insuffisante par les chercheurs qui concluent alors à l'absence d'effets significatifs à court et long terme sur la cognition, le comportement, l'humeur, la communication et les interactions. Des données probantes plus solides et fiables sont nécessaires pour justifier l'utilisation de l'approche Snoezelen en gériatrie.

De plus, il conviendrait aussi de déterminer si le fait de modifier la fréquence des sessions, le nombre de sujets et les outils d'évaluation conduirait aux mêmes résultats. En effet l'application clinique de Snoezelen varie souvent en forme, nature, principes et procédures.

Ces variations rendent difficile l'examen des bienfaits thérapeutiques et ainsi entravent le développement clinique de cette méthode dans les soins de la démence.

On pourrait enfin imaginer l'utilisation de technologies comme l'étude du métabolisme cérébral pour réellement objectiver les effets. Toutefois, il s'agirait d'études lourdes et coûteuses, et à l'encontre de « l'esprit Snoezelen » en raison de la contrainte imposée aux patients.

En dépit des faibles données, Lenhart (2000) affirme que l'utilisation de Snoezelen est déjà envisageable et souhaitable, « si le souci premier de notre société est de favoriser la qualité de vie et le respect de nos aînés ».

Critiques et application pratique : On peut reprocher à cette méthode de proposer un univers artificiel, irréel ne correspondant peut-être pas aux réels besoins et attentes d'une personne âgée, qui n'a sans doute jamais vécu cela dans son existence passée. Notons qu'il en va de même pour la relaxation, cette pratique se développe considérablement à notre époque, mais c'est bien souvent

une expérience nouvelle et étrange pour les résidents que nous rencontrons en EHPAD. Les indices perceptifs ainsi présentés peuvent toutefois permettre l'émergence de souvenirs anciennement vécus restaurant un sentiment identitaire.

De plus, les différentes études réalisées montrent, si ce n'est une efficacité affirmée, une bonne acceptation de ces méthodes, malgré parfois une légère méfiance lors des premières séances. Cela va impliquer pour nous de bien expliquer ce que l'on va proposer et pourquoi, se heurtant chez le patient dément à ses difficultés de compréhension.

Il va aussi falloir adapter les stimulations selon l'envie, la faisabilité, la sensibilité, la tolérance de chacun, car un environnement trop stimulant pourrait être, au contraire, générateur d'angoisse ou d'agitation, ce qui serait à l'opposé du but recherché. Il faut aussi tenir compte des déficiences sensorielles, la baisse de vue et l'audition mais aussi du goût et de l'odorat, précocement touchés dans la maladie d'Alzheimer. La relation patient-soignant est également essentielle dans cette approche qui offre un lieu d'échange privilégié, notamment par la communication non verbale, celle-ci subsistant aux stades ultimes de la maladie.

Le manque de rigueur des études ne permet pas de conclure sur le caractère thérapeutique de cette méthode et sur ses indications spécifiques, le risque est alors qu'elle soit relayée au rang des activités occupationnelles. Il n'existe à l'heure actuelle aucun diplôme reconnu pour cette pratique qui s'est développée depuis sa création de façon empirique. De plus en plus de centres de formation spécialisés en « thérapies psycho-corporelles » proposent des stages de formation aux soignants abordant des bases théoriques et pratiques sur le sensorimoteur, les communications non verbales, la relaxation... ce à quoi en tant que psychomotriciens nous sommes déjà sensibilisés et formés. C'est donc aussi en ce sens que nous allons devoir appuyer notre savoir-faire dans l'équipe pluridisciplinaire en ce qui concerne la gestion des SCPD. Nous devons surtout faire preuve de beaucoup de rigueur dans l'évaluation de nos pratiques, notamment utiliser des outils solides pour témoigner de l'efficacité de notre travail, et sortir de la subjectivité et des réserves qu'elle implique. En plus des tests standardisés, il va falloir mettre au point des grilles d'observation plus spécifiques si l'on veut pouvoir rendre compte de bénéfices, davantage perceptibles au niveau clinique.

Remarques : D'autres médiations peuvent être citées dans les approches sensorielles, c'est notamment le cas de la musicothérapie et de la luminothérapie qui ont longuement été décrites dans le cadre des SCPD. Toutefois je ne tiens pas à développer ces techniques considérant que le psychomotricien ne peut pas, dans le cadre de sa formation initiale, mettre en place de tels ateliers de manière rigoureuse et adaptée. Notons juste que, tout comme les méthodes citées précédemment,

les études sont aussi à l'heure d'aujourd'hui insuffisantes pour conclure sur l'efficacité, les indications et les modalités d'administration de ces pratiques.

De plus, les EHPAD sont nombreux à s'équiper d'une salle de balnéothérapie, souvent avec un aménagement type Snoezelen. Outre le bénéfice considérable sur la mobilisation des personnes âgées, cet espace peut être utilisé pour obtenir l'apaisement chez les sujets déments en facilitant la détente physique, la perception des sensations corporelles, la limitation des douleurs. En tant que psychomotriciens, nous sommes habilités à exercer une telle pratique, tant pour favoriser la motricité que la détente, une formation complémentaire peut être judicieuse pour en potentialiser les bénéfices. Notons qu'à l'heure actuelle, il n'existe que des constats empiriques quant à l'efficacité sur les troubles du comportement.

3- Cadre d'une approche multidimensionnelle et multidisciplinaire

Jusqu'à présent, ont été développés les différents modes d'action à disposition du psychomotricien pour agir sur les SCPD : l'ajustement de l'environnement institutionnel (physique et social), l'utilisation de stratégies comportementales, la relaxation, les stimulations sensorielles et motrices... Le fait d'avoir un large bagage d'outils permet d'adapter l'intervention aux besoins et capacités de chaque résident, un procédé va marcher pour l'un et pas pour l'autre. L'évaluation psychomotrice initiale permet de déterminer la ou les actions les plus appropriées dans le cadre d'un projet de vie. En institution, la finalité n'est pas de savoir ce qui marche, mais d'obtenir des résultats pour apaiser les tensions le plus efficacement possible. Bien que chaque technique ait dû être individualisée pour en apprécier l'efficacité, dans la pratique quotidienne il convient de les associer pour en potentialiser l'effet et réduire les troubles. D'ailleurs, il est d'usage de considérer que les thérapies psychomotrices sont « multimodales ».

Une étude réalisée aux Pays-Bas (Dröes et Van Tilburg, 1996) a mis en évidence l'efficacité d'une prise en charge psychomotrice globale et régulière chez des patients déments comparée aux simples soins quotidiens, il est noté la stabilisation voire la diminution de l'agressivité et de l'agitation nocturne, et ce d'autant plus que l'incapacité fonctionnelle est marquée.

Les modes d'action pertinents à des stades avancés ont été ciblés car c'est à ce moment-là que les troubles du comportement sont les plus perturbants. Toutefois, si l'on considère qu'ils sont, du moins en partie, inhérents aux difficultés d'adaptation, à la défaillance cognitive, aux incapacités fonctionnelles, la thérapie psychomotrice pourrait être appliquée préventivement, aux stades

précoces pour limiter leur survenue. Le travail porte alors davantage sur la stimulation cognitive (attention et mémoire), la prévention du syndrome apraxo-agnosique, de la mobilité.., l'objectif étant de maintenir au mieux l'adaptation à l'environnement. C'est dans cette optique qu'émergent de plus en plus d'E.M.A (Équipes Mobiles Alzheimer), il s'agit d'équipes pluridisciplinaires, avec le plus souvent un psychomotricien, qui interviennent auprès de sujets déments à domicile pour favoriser les capacités résiduelles et prévenir l'institutionnalisation. Une étude longitudinale serait nécessaire pour apprécier l'efficacité du travail de prévention sur la survenue des SCPD.

La démence affectant l'ensemble des dimensions (cognitives, psychologiques, sociales, sensori-motrices), il semble pertinent de privilégier les interventions à modalités multiples. Cela vaut au sein de la psychomotricité, mais celle-ci doit en plus s'intégrer dans une prise en charge plus globale et pluridisciplinaire pour parvenir au mieux à la sédation des troubles. Les approches non médicamenteuses sont à la fois multiples et complémentaires (Doody et al., 2001).

Une étude de Vidal et collaborateurs (1998) compare un groupe sans intervention et un groupe bénéficiant pendant trois mois d'une prise en charge importante auprès d'aides-soignantes, d'une ergothérapeute, d'une orthophoniste, d'une psychomotricienne et d'une psychologue. Bien que le terme de rééducation soit critiquable lorsque l'on parle de pathologie dégénérative, le travail quotidien de prise en soin avec les différents thérapeutes s'avère significatif tant sur les aptitudes fonctionnelles que sur le comportement.

Plusieurs études retrouvent des résultats similaires, toutefois, on peut noter qu'elles proposent une prise en charge souvent intensive (activité thérapeutique tous les jours), ce qu'il est dans la réalité impossible de proposer à la totalité des résidents en institution, au vu des moyens tant humains que matériels. De plus certains auteurs font la critique qu'une grande partie des bénéfices observés n'est peut-être que le seul résultat de l'activité de groupe structurée ou de l'attention portée au sujet (Linsk et al., 1975 - Toseland et al., 1997). Ce qui est sûr, c'est que l'aspect social est prégnant : les séances collectives favorisent la socialisation des patients souvent isolés dans les institutions, les échanges doivent être largement favorisés pendant les ateliers. Globalement les activités sont thérapeutiques dans la mesure où s'effectue une stimulation des diverses facultés et de la communication, et ce en lien avec la connaissance de la problématique démentielle, et non pas juste pour occuper ou distraire. Elles doivent toujours susciter un intérêt pour le patient, être concrètes, le plus possible en rapport avec les activités de la vie quotidienne et l'environnement actuel ou passé.

Enfin l'HAS souligne le rôle de relais que doit avoir le psychomotricien dans l'équipe en ces termes : « développer le savoir-faire et le savoir-être de l'entourage pour limiter et gérer les troubles

du comportement ». Par son analyse, il permet notamment de montrer une autre image du patient dément aux équipes qui en ont la responsabilité et de faire émerger une autre idée du soin. Ce relais doit nécessairement s'inscrire dans une dimension de collaboration, il permet d'assurer une continuité de la prise en charge au quotidien.

B - AUTRES MOYENS DE GESTION DES SCPD

I - La pharmacothérapie

Il convient de mentionner cette modalité de prise en charge car même s'il faut, en première intention, essayer de déterminer et de corriger tous les facteurs physiques, psychosociaux ou environnementaux capables de déclencher ou de perpétuer les SCPD, il est important que l'équipe, et notamment le psychomotricien, puisse repérer les situations où la chimie est nécessaire et ainsi en référer au médecin. Les traitements peuvent favoriser les interventions thérapeutiques ou bien l'inverse. Il faut donc aussi avoir à l'esprit et pouvoir repérer les effets secondaires de ces traitements, l'influence sur nos évaluations et prises en charge, et peser le bénéfice/risque avec l'équipe. Les médicaments constituent également un biais dans les études.

Cinq classes pharmacologiques sont utilisables au vu des données de la littérature :

<i>Classes pharmacologiques</i>	<i>Indication principale/Efficacité</i>	<i>Effets secondaires fréquents</i>
Anticholinestérasiques Antiglutamergiques	Ralentir la progression des symptômes de la démence : Manifestation comportementale > Déficit cognitif	Confusion, somnolence Insomnie, troubles digestifs Agitation, hallucinations Dépression
Neuroleptiques classiques → les plus prescrits Nouveaux antipsychotiques → efficacité supérieure → effets secondaires moindres	Agressivité physique et comportements violents Hostilité Délires et hallucinations Cycle veille-sommeil	Symptômes extrapyramidaux Hypotension orthostatique Dyskinésie tardive Accélération du déclin cognitif et fonctionnel.
Anxiolitiques	Anxiété, Tension, Irritabilité Insomnie	Sédation excessive, somnolence Ataxie et risque de chute Amnésie et confusion Lever d'inhibitions, agressivité
Anticonvulsivants - Thymorégulateurs	Perturbations de l'humeur Comportements maniaques Agitation, hostilité Cycle veille-sommeil	Sédation, céphalée, leucopénie Symptômes gastro-intestinaux Anomalies hépatiques
Antidépresseurs (inhibiteur de la recapture de la sérotonine principalement)	Dépression, émotivité, anxiété Instabilité psychomotrice Irritabilité, agitation, insomnie Action antipsychotique.	Symptômes gastro-intestinaux Confusion, troubles végétatifs Incoordination psychomotrice Rigidité, secousses musculaires, Tremblements, déclin cognitif.

Les signes psycho-comportementaux sont accessibles aux psychotropes du fait de leur origine neurobiologique. En effet, ces traitements agissent directement sur le système nerveux central en corrigeant les déficits en neurotransmissions à l'origine des symptômes. Depuis 1997, il existe une référence internationale consensuelle de l'American Psychiatric Association (APA) sur le traitement des démences, y compris des manifestations affectives et comportementales.

Il existe un certain nombre de principes et de recommandations pour la prescription de ces traitements psychotropes.

L'IPA pose la nécessité du recours médicamenteux pour des SCPD « modérés à graves qui perturbent la qualité de vie ou la capacité fonctionnelle du patient ou de l'aidant ». Il faut également tenir compte des modifications des propriétés pharmacodynamiques des médicaments prescrits causées par l'âge ou la maladie du patient, notamment considérer la fonction hépatique et rénale et la plus grande fragilité du cerveau qui potentialise le risque d'effets secondaires et de toxicité. Il convient de commencer par une faible posologie, une durée limitée et de surveiller rigoureusement l'évolution de la symptomatologie. Le choix du traitement va répondre à plusieurs critères : la nature des symptômes, les prescriptions antérieures, le profil probable d'effets secondaires, l'état somatique du patient.

Notons qu'il n'existe aucun traitement spécifique, ni de l'agitation, ni de l'agressivité. On utilise, en fait, les effets sédatifs de certains médicaments (anxiolytique, antipsychotique, antiépileptique). Il est évident que la sédation ainsi obtenue a des effets plutôt négatifs sur le fonctionnement intellectuel déjà déficitaire. Les traitements aboutissent à une réduction de la liberté personnelle du sujet et souvent une grabatisation précoce.

Qui plus est, les études avec essais contrôlés par placebo dénotent une efficacité relativement limitée des traitements psychotropes sur les SCPD. On peut évoquer plusieurs raisons à cela : un substrat neurobiologie différent de celui des affections psychiatriques, des symptômes directement en lien avec les anomalies de la cognition et de la perception, une posologie limitée par la sensibilité plus importante aux effets secondaires, l'évolution inéluctable des lésions...

Ainsi, on comprend, au vu de l'efficacité limitée et de l'ampleur des effets secondaires observés avec les traitements psychotropes, l'importance de la prise en charge non pharmacologique.

II - En derniers recours ...

Il s'agit de recours qui se veulent anecdotiques et limités aux situations extrêmes. Le psychomotricien, tout comme chaque membre de l'équipe, se doit de pouvoir repérer les situations d'urgence mais aussi l'usage abusif de ces méthodes.

1- La contention

L'ANAES a posé des recommandations strictes quant à l'usage de la contention. Elle ne doit être prescrite qu'à très court terme, à titre exceptionnel, sous prescription médicale, avec adoption d'un protocole précis et d'une surveillance rigoureuse. Elle répond à l'échec des autres thérapeutiques et l'existence d'un danger pour la personne ou autrui (chute, blessure, agression...).

2- L'hospitalisation

Elle peut également être un recours quand les troubles menacent le pronostic vital ou fonctionnel de la personne. Elle permet la réalisation d'un bilan médical étiologique complet et de tester des modes de prise charge plus adaptés.

3- L'électro-convulsivothérapie(ou sismothérapie)

C'est un outil efficace en présence d'une dépression grave ou réfractaire au traitement chez les personnes très détériorées. Toutefois considérant le risque important d'aggravation des déficits cognitifs et la difficulté à obtenir le consentement éclairé du patient, le recours y est limité.

Pour conclure cette deuxième grande partie sur les méthodes d'intervention, et rappeler la priorité des stratégies non médicamenteuses, notons la définition de Walter Hesbeen (1997) « Prendre soin c'est porter une attention particulière à une personne qui vit une situation qui lui est particulière et ce, dans la perspective de lui venir en aide, de contribuer à son bien-être, à sa santé. ». Ainsi on peut dire que l'action sur des troubles du comportement perturbateurs de la démence va constituer un savoir faire mais aussi un savoir être. L'exposition clinique qui suit tend à illustrer concrètement ces notions.

TROISIÈME PARTIE : Les troubles du comportement perturbateurs de la démence : «une illustration pratique en secteur protégé»

A- LA STRUCTURE

I - Présentation générale

J'ai effectué sur l'année un stage en EHPAD (Établissement d'Hébergement Pour Personnes Âgées Dépendantes). Il s'agit d'une structure accueillant 82 résidents, ils sont divisés en 4 secteurs en fonction de l'atteinte et du niveau de dépendance. Je présenterai ici essentiellement le « secteur 3 » ou « secteur protégé » car c'est dans celui-ci que j'ai rencontré les patients pris en charge dans le cadre de mon mémoire.

Ce secteur peut être rapproché des UHR (Unités d' Hébergement Renforcées) décrites dans le cadre du plan Alzheimer 2008-2012 (mesure 16). Il est réservé aux personnes démentes présentant des troubles psycho-comportementaux importants, « qui altèrent la sécurité et la qualité de vie de la personne et des autres résidents ». Ce secteur propose sur un même lieu l'hébergement, les soins, les activités sociales et thérapeutiques, le tout adapté aux besoins de la population ciblée (« score strictement supérieur à 7 à un des items du NPI/ES et retentissement égal à 5 »).

Toutefois, cette unité ne dispose que d'une vingtaine de lits, or il est estimé dans la structure 50 à 70 % de démences. Pour optimiser le nombre de résidents pouvant bénéficier d'un accompagnement spécifique, l'établissement monte actuellement le projet d'un PASA (Pôle d'Activités et de Soins Adaptés), mesure également plébiscitée dans le plan Alzheimer.

C'est un lieu de vie au sein duquel est proposé, en journée, un accompagnement visant la réhabilitation des capacités fonctionnelles et cognitives restantes, la mobilisation des fonctions sensorielles et le maintien du lien social. Ce pôle pourrait accueillir chaque jour et, selon les besoins des personnes, 12 à 14 résidents de l'EHPAD, souffrant de démence et de troubles du comportement plus modérés (« score strictement supérieur à 3 à un des items du NPI/ES et retentissement entre 2 et 4 »). Les résidents doivent être mobiles et ne pas présenter un syndrome confusionnel. Le fonctionnement sera proche de celui déjà mis en place sur le secteur protégé.

UHR et PASA répondent à un cahier des charges précis édité par la Direction Générale de l'Action Sociale dans lequel sont mentionnés les critères d'admission et les modalités de fonctionnement : l'équipe soignante doit établir un projet de vie personnalisé pour chaque résident, régulièrement réévalué et adapté, elle doit aussi décrire les procédures permettant de repérer, signaler et résoudre les SCPD, trouvant des stratégies alternatives à la contention et à la sédation médicamenteuse. Notons que dans les deux cas l'équipe « est obligatoirement composée d'un psychomotricien et /ou ergothérapeute », à qui revient l'« élaboration du programme d'activités ». La formation du personnel et l'aménagement de l'environnement physique sont aussi spécifiés dans le cahier des charges. Les recommandations de bonnes pratiques de L'ANESM et de L'HAS s'appliquent à ces deux types d'unités spécifiques.

II - L'environnement humain du secteur protégé

Le personnel soignant est constitué par l'alternance de deux équipes, chacune comprenant deux AMP et une ASG, une aide est apportée au moment des toilettes et des repas par des ASH « faisant fonction » d'AS. Une rotation a été mise en place entre les deux équipes pour favoriser la communication et la cohérence des soins. L'établissement a également constitué en son sein une équipe salariée expérimentée dans les prises en charge psycho-comportementales : un psychogériatre, diplômé de thérapies cognitivo-comportementales, une infirmière psychiatrique, une géronto-psychologue et une psychomotricienne.

Pour permettre une gestion plus efficace des SCPD, une réunion d'équipe a été mise en place à raison d'une heure et demie par semaine, nommée PIAAM (Psycho(s), infirmier, ASG, AMP, Médecin). Ce sont les soignantes qui choisissent d'aborder le/les résident(s) qui leur pose(nt) problème et livrent leurs observations du quotidien. Une réflexion est alors menée en équipe, sous la coordination du médecin, pour comprendre le trouble, l'évaluer, proposer des thérapeutiques, prioritairement non médicamenteuses et fixer des objectifs. Le médecin fait aussi de la formation sur la démence pour échanger sur une base de vocabulaire commune.

Un relais à ces réunions est réalisé sous la forme de GAPP (Groupe d'analyse des pratiques professionnelles) afin d'élaborer des stratégies d'action plus concrètes. Il est animé par la psychologue. La psychomotricienne y participe également pour apporter des pistes d'intervention à l'équipe. Le jeu de rôle et la vidéo peuvent être utilisés. L'efficacité est réévaluée lors des PIAAM. Il existe dans l'établissement une réelle volonté de former et soutenir le personnel qui a exprimé sa

volonté d'exercer dans ce secteur, de lui donner les outils pour analyser, communiquer de manière adaptée et gérer les comportements des sujets déments.

A côté de ces réunions, la psychomotricienne de l'établissement propose régulièrement des formations sur le toucher thérapeutique, la relaxation, la stimulation sensorielle... aux membres du personnel volontaires. Bien sûr, cela ne confère pas un usage thérapeutique de ces techniques, mais permet d'y être sensibiliser et elles peuvent alors être utilisées lors de médiations ou de temps calmes pour favoriser le confort des résidents. Qui plus est, l'apprentissage de la relaxation offre des outils aux soignants pour mieux gérer leurs propres tensions et prévenir le « burn-out ».

Les formations Humanitude® et Snoezelen® sont programmées pour l'été.

III - L'environnement physique du secteur protégé et l'organisation spatio-temporelle

Selon le cahier des charges, dans les unités spécifiques, l'environnement se doit d'être « confortable, rassurant et stimulant » pour les résidents, il doit aussi être ergonomique et faciliter les prises en charge. L'architecture du secteur protégé a été pensée pour répondre aux besoins et déficits des résidents, tant au niveau cognitif que psycho-comportemental. L'espace est sécurisé, toutes les sorties sont équipées de système d'ouverture nécessitant une cognition intacte, notamment des digicodes, il en va de même pour les chambres des résidents afin d'éviter l'intrusion lors de déambulations. D'ailleurs, l'espace du secteur forme une boucle afin de permettre une circulation libre et sécurisée et favoriser l'orientation. Des repères sont fixés sur les portes (nom et image), un éphéméride est disponible dans le salon avec la date, la saison, le programme du jour. Les couleurs des murs ont été choisies judicieusement (tons pastel), l'intensité des lumières est à adapter.

Le cahier des charges stipule d'« éviter le caractère polyvalent des espaces afin qu'ils soient des éléments de repérages pour les résidents qui les utilisent ». Le projet écrit pour le secteur s'intitule « Du levant au couchant », l'idée est qu'il y ait un lieu spécifique pour les différents moments de la journée, en suivant l'architecture en boucle du secteur, afin de matérialiser l'avancée du temps. Celle-ci doit être aussi verbalisée.

L'organisation des activités, tant occupationnelles que thérapeutiques, a été pensée par la psychomotricienne et la psychologue.

- Le premier temps est celui du lever, il se doit d'être stimulant et se déroule en espace privatif c'est à dire en chambre. Le petit déjeuner, puis la toilette, l'habillage favorisent l'éveil et permettent de maintenir un rythme social. La dynamique est de favoriser les capacités restantes, de « faire avec » et non « faire à la place ».
- Progressivement, les résidents qui sont prêts rejoignent un espace salon, le regroupement favorise les échanges verbaux. A 10h30 a lieu « la pause-café », les résidents sont impliqués pour la préparation et le service. Les repères temporels sont donnés grâce à la réalisation de l'éphéméride. Ce temps est propice à la lecture du journal et ce afin de maintenir un lien avec l'extérieur.
- A 11 heures, une activité est proposée, elle doit favoriser l'éveil, en particulier sur le plan moteur (exemple : atelier cuisine, rythme, marche, jardinage...)
- A 12 heures, c'est le temps du repas, la salle à manger a été conçue pour créer une ambiance familière et conviviale, non institutionnelle, rappelant le domicile. Il y a aussi une cuisine à disposition.
- Après le repas a lieu un temps de repos avec soins de confort («toucher enveloppant », esthétique, musique douce...) ou sieste pour ceux qui le souhaitent.
- A 14 heures, il y a à nouveau une activité d'éveil, cette fois-ci davantage sur le plan cérébral (atelier mémoire, créatif, chorale...).
- La deuxième activité de l'après-midi a lieu à 17 heures, après le goûter, celle-ci au contraire doit favoriser l'apaisement (lecture, groupe de parole, relaxation...). Un espace de médiation est disponible. Il convient de limiter toute surstimulation en fin de journée : bruit, TV, visites...
- Le repas du soir doit se dérouler dans le calme, la soirée va ainsi proposer une ambiance qui favorise le sommeil. Le coucher à lieu entre 20 heures et 20 heures 30.

Le secteur donne sur un « jardin thérapeutique », celui-ci doit être utilisé autant que cela se peut, avec l'idée que le fait que des patients soient exposés toujours à la même lumière, à la même température, à la même atmosphère est un facteur majeur de désorientation spatio-temporelle, le cocon institutionnel est ainsi iatrogène. Il est recommandé à l'équipe de faire sortir les résidents chaque jour et ce toute l'année, sauf condition météorologique extrême. Par exemple, le patient qui touche la neige ou sent le soleil pourra souvent dire la saison alors qu'il ne le peut pas spontanément. C'est aussi une source de stimulation sensorielle. De plus, la lumière du jour est un synchronisateur naturel du rythme nyctémère. Dès qu'il fait beau les activités peuvent être transposées à l'extérieur, il y a notamment des espaces de marche avec différentes textures, un coin salon, des bacs de plantation à hauteur des résidents. L'espace étant clos et sécurisé, il devrait être librement accessible aux résidents.

B- PRISE EN CHARGE PSYCHOMOTRICE

I - Les outils mis en place

Afin d'établir et d'orienter mes prises en charge, puis pouvoir en apprécier les bénéfices de manière objective, j'ai dû créer des outils d'évaluation spécifiques, car les tests ou grilles déjà existants soit n'étaient pas adaptés à la population ciblée, soit n'étaient pas suffisamment sensibles pour apprécier l'évolution. Les grilles conçues se fondent sur les données théoriques issues de la littérature et les nombreux ajustements découlant de la confrontation pratique. L'objectif est de comparer la personne à elle-même dans le temps.

1- Grille d'analyse fonctionnelle du trouble du comportement (cf ANNEXES VI et VII)

A partir des données de la littérature précédemment évoquées (1^{ère} partie/ VII- L'évaluation des SCPD), j'ai construit une grille synthétisant les différents paramètres à questionner face à un trouble du comportement. Elle se veut rapide, claire et pragmatique, applicable à chaque trouble et à chaque résident, ainsi sa construction a été laborieuse car les données à appréhender sont multiples. Cette grille permet :

- de décrire précisément le comportement problème (manifestation, lieu, moment, durée....) et de le quantifier. Les valeurs chiffrées pour la fréquence (quelques fois à très fréquemment), l'intensité (léger à important), le retentissement (minimum à très sévère) correspondent à celles du NPI afin d'avoir une cohérence entre ces deux outils.
- de repérer les possibles étiologies du trouble tant au niveau organique (traitement, déficit sensoriel, affection....) que de l'environnement humain (attitudes des soignants, conflit, isolement...) et physique (changement, surstimulation...) et de la psychologie du sujet (peur, frustration, ennui...). La liste ne peut jamais être exhaustive mais permet de rappeler les grands facteurs auxquels il faut songer systématiquement.
- de réfléchir aux conséquences pour le sujet (physiques et psychologiques) et aux facteurs de maintien.
- d'apprécier les réponses soignantes, celles qui sont efficaces et qu'il faut renforcer (anticipation des besoins, adaptation...) et celles qui, au contraire, aggravent le trouble (réprimande, raisonnement, contention...) ainsi que les réactions des autres résidents.

Les données anamnestiques ne sont pas recherchées ici, car déjà précisées dans le bilan psychomoteur.

Cette grille permet d'obtenir une ligne de base fonctionnelle et de suivre l'évolution du comportement avec la prise en charge, c'est pourquoi j'ai privilégié au maximum des questions fermées et reproductibles. Elle doit être associée au NPI, car bien qu'il constitue le test de référence pour quantifier les SCPD, il ne permet pas d'appréhender l'origine des troubles et donc s'avère insuffisant pour construire une thérapie. J'ai rempli ces deux outils en questionnant les mêmes membres de l'équipe avant et après le début de la prise en charge (de début janvier à fin avril 2011).

2- Le bilan psychomoteur adapté (cf ANNEXE VIII)

Le bilan psychomoteur est ici une nécessité, il va permettre d'apprécier d'une part les difficultés qui peuvent être à l'origine des troubles du comportement mais aussi les compétences préservées sur lesquelles on va pouvoir s'appuyer pour construire une prise en charge adaptée, choisir la médiation la plus à même d'être bénéfique pour la personne. Cela permet en outre de rationaliser toute action, d'avoir une vraie valeur thérapeutique.

Toutefois, la réalisation de ce bilan n'est pas une tâche évidente auprès de cette population dont les capacités de langage, de compréhension, les aptitudes relationnelles et parfois motrices défont considérablement. Il va donc être nécessaire d'adapter les outils classiquement utilisés auprès de la personne âgée saine pour ne pas dresser un simple tableau des incapacités.

Pour construire ma trame de bilan, j'ai d'abord déterminé les grands domaines qui devaient être appréhendés pour établir le projet de prise en soin comportementale. J'ai ensuite recherché les outils pertinents pouvant être utilisés pour les évaluer en prenant en compte les difficultés de mes patients. Il est recherché en outre le niveau de compréhension et d'expression, l'orientation spatio-temporelle, les fonctions exécutives, les praxies et capacités d'imitation, les gnosies, la connaissance du schéma corporel, le tonus et le degré de mobilité, la réaction au toucher, l'équilibre statique et dynamique, l'autonomie et la socialisation.

Le bilan ainsi constitué m'a permis d'évaluer assez précisément les caractéristiques psychomotrices de mes sujets, et de dévoiler des capacités souvent masquées par les troubles du comportement, de la communication ou la grabatisation. Ainsi, ce bilan permet aussi au psychomotricien de guider les équipes de soins et d'animation pour adapter les propositions faites, favoriser le maintien des aptitudes préservées et limiter la mise en échec source de comportements perturbateurs.

Les tests utilisés :

MMS	<p><u>Mini Mentale State</u></p> <p>Validé par FOLSTEIN en 1975, cette grille évaluant les capacités cognitives du patient est remplie en lui posant une série de questions permettant de tester globalement l'orientation temporo-spatiale, la mémoire, le langage et les praxies. Le score global est d'autant plus élevé que les capacités cognitives sont meilleures avec un maximum de 30 points. Il est réalisé ici par la psychologue de la structure. C'est un test de référence, toutefois, avec une population très déficitaire comme celle avec laquelle j'ai travaillé, le MMS est tellement chuté (< 5), qu'il laisse peu présager des compétences préservées.</p>
ERFC	<p><u>Évaluation Rapide des Fonctions Cognitives</u></p> <p>Construit et validé en Français par Gil et collaborateurs (1986), c'est un bon instrument qui a l'avantage d'être plus détaillé que le MMS, il comprend 12 subtests appréciant ainsi plus largement les compétences cognitives. La passation est évidemment plus longue, 15 à 30 minutes, voire plus en cas de démence sévère. Certains items demeurent trop élaborés, si bien que je n'ai pas pu les administrer.</p>
EGP	<p><u>Examen Géronto-Psychomoteur</u></p> <p>Élaboré par S. Michel, R. Soppelsa et J.M. Albaret, publié en avril 2011, cet outil permet d'explorer tant les processus cognitifs que les compétences motrices du sujet vieillissant (Dix-sept domaines). C'est un test très complet, toutefois un grand nombre d'items n'était pas administrable par incompréhension/dysphasie/grabatisation ou bien redondant avec d'autres épreuves déjà réalisées. De plus, ce test n'était pas encore publié lorsque j'ai réalisé mes bilans. Je n'ai alors sélectionné que certains items pertinents pour mon évaluation, apportant un complément d'information avec l'avantage de constituer des items clairement explicités, significatifs et reproductibles.</p>
Tinetti	<p><u>Épreuve d'équilibre et de marche du Tinetti</u> (Tinetti et al.,1986)</p> <p>Ce test permet une analyse, tant qualitative que quantitative, de l'équilibre statique et dynamique du sujet âgé et une estimation validée du risque de chute. Le score final obtenu est normalement de 28. Un score inférieur à 26 indique un problème. Un score inférieur à 19 est corrélé avec une multiplication par 5 du risque de chute.</p> <p>Ce test est facilement cotable même avec un faible niveau de compréhension, en passant par l'imitation et une observation écologique.</p>

Le Bergès Lézine	<p><u>Test d'imitation de gestes</u> (Bergès, J., & Lézine, I., 1963).</p> <p>Ce test évalue les praxies idéomotrices. Il n'a pas été étalonné chez le sujet vieillissant, mais il apporte des données cliniques intéressantes, notamment sur la préservation de l'imitation, les persévérations motrices, les gnosies digitales, le déliement...</p>
AG-GIR	<p><u>Grille Autonomie Gérontologie-Groupe Iso-Ressources</u></p> <p>Cette grille remplie à partir des observations de l'équipe soignante permet de classer les personnes âgées en fonction des différents stades de perte d'autonomie qui sont au nombre de six : du GIR 1 dépendance extrême au GIR 6, personnes autonomes dans les actes de la vie courante. Le GIR va déterminer les aides attribuées.</p>
ADL	<p><u>Échelle d'Activité de la Vie Courante</u> (Katz, 1983)</p> <p>Cette grille d'autonomie est complétée en questionnant les soignants et reprend 6 items (Continence, Alimentation, Habillement, Soins Personnels, Mobilité, Toilette) cotés de 1 (sans aide) à 5 (dépendance totale avec opposition à l'aide).</p>

L'analyse clinique a été primordiale pour faire part de compétences parfois minimes, cette grille m'a permis de les objectiver. Notons aussi que la dimension relationnelle et le choix du moment le plus approprié sont déterminants pour favoriser la coopération.

J'ai privilégié des items avec réponse fermée, même s'agissant d'observations cliniques, afin d'obtenir des résultats objectifs et comparables lors d'un re-test, pour suivre l'évolution dans le temps. Toutefois, mon action se centrant sur les troubles du comportement et ce sur un délai de prise en charge relativement court (3 mois), je n'ai pas jugé pertinent de réaliser un nouveau bilan psychomoteur à la fin de mon travail. Considérant le temps de passation (2 semaines au minimum), la grande fluctuation des performances, la dégradation inhérente à la démence, je n'espérais aucune amélioration significative. Mon re-test s'est ciblé sur l'évolution comportementale (NPI/ES, analyse fonctionnelle, évaluation du bénéfice des séances de détente). Le bilan a été essentiel pour construire le projet thérapeutique, guider et justifier mon action, il a été aussi un moyen d'instaurer une première relation avec les patients.

3- La grille d'évaluation de l'état de détente (cf ANNEXES IX et X)

Je n'ai pas trouvé dans la littérature d'outils standardisés et adaptés afin d'apprécier l'efficacité de la relaxation dans la démence.

J'ai donc réfléchi à une grille qui pourrait objectiver l'efficacité du travail que j'allais effectuer, dépassant les jugements subjectifs, pouvant rendre compte de modifications subtiles traduisant l'état de détente chez des patients qui souvent ne communiquent presque pas et dont l'apathie entrave l'expression, même non verbale. Je la voulais rapide, peu contraignante, fonctionnelle, afin de permettre une utilisation rigoureuse et prolongée. J'ai étudié plusieurs grilles déjà existantes comme l'échelle de relaxation comportementale de Schilling et Poppen (1993), le questionnaire de relaxation traduit par Dovero (1998) ainsi que d'autres créées à l'occasion de différents procédés expérimentaux afin d'en tirer les domaines pertinents à observer, et pour chacun le type de comportement attendu. J'ai dû largement simplifier ces outils et les adapter aux caractéristiques des patients que j'ai pu rencontrer sur le secteur protégé.

Même s'il n'existe pas d'antécédent validé, on peut retenir certains critères potentiellement en faveur d'un bénéfice positif pour le résident :

- acceptation de l'activité (noter si séance non réalisée ou interrompue)
- arrêt ou diminution du/des comportement(s) dysfonctionnel(s) (à préciser pour chaque sujet en fonction du comportement identifié)
- signes physiques de détente, bien-être au niveau de la posture, du tonus, de la respiration, les communications non verbales...
- endormissement/sommeil
- recherche d'une forme de communication (par les gestes, les mimiques, la posture...)
- expression verbale de satisfaction (noter le contenu).

Il va être important de coter l'intensité de ces manifestations, ne pas se contenter de la dichotomie oui/non, de manière à repérer une éventuelle évolution au fil des séances. Il va aussi falloir repositionner chaque séance dans le contexte, connaître l'intensité des troubles, ce jour-là et juste avant le commencement de la séance, afin d'apprécier s'il y a un lien avec le déroulement et l'efficacité de la séance. Il va aussi être indispensable d'évaluer le comportement après la fin de la séance pour juger d'une efficacité à plus long terme. Les items « en gras » correspondent aux caractéristiques du trouble avant et après la séance, à l'adhésion et à la participation, cotées de 0 (limité) à 2 (important). Les items « en non gras » correspondent aux manifestations de détente obtenues pendant la séance pour chacun des domaines observés, cotées de 0 (pas d'effet de la relaxation) à 2 (effet significatif). J'ai réalisé à partir des données de la littérature une aide à la cotation (**ANNEXE XI**). Pour finir, j'ai ajouté une colonne pour mentionner mes observations cliniques car celles-ci permettent de mieux comprendre certaines manifestations, d'affiner l'analyse et d'adapter la prise en charge. La grille a été remplie après chaque séance. En faisant la somme du

score obtenu aux items relaxation (en non gras - Posture → CNV), j'obtiens un « score de détente » pour la séance, coté sur 20, plus celui-ci est élevé plus c'est favorable.

II - Présentation des cas

I- Cas n° 1- Agitation et agressivité - Madame S.

Mme S. est actuellement âgée de 84 ans, elle est entrée dans l'institution il y a 3 ans.

a - Renseignements médicaux

Diagnostic démentiel/atteintes cérébrales : Démence sévère de type Alzheimer.

Diagnostic psychiatrique : Syndrome dépressif lié à son veuvage.

Pathologies somatiques : HTA, hypercholestérolémie, maux de tête et d'estomac fréquents.

Atteintes ostéo- articulaires/douleurs : arthrose – œdème des membres inférieurs.

Perception sensorielle : presbycusie – appareillage refusé. Vision non évaluée.

Traitement : Aricept (traitement symptomatique de la MA), Kardegic (prévention ischémique) Stilnox (somnifère), Bipreterax et Furosémide (anti-hypertenseur), Séresta (anxiolitique), dépamide (thymorégulateur).

b - Renseignements personnels/ Histoire de vie

Mme S. est née en Espagne et y est restée jusqu'à ses 29 ans. Elle y vécut la guerre, avec la misère et ses traumatismes. En France elle travaille comme femme de ménage, elle acquiert des notions de la langue. Elle est mariée et très choyée, elle a deux fils. Elle est décrite comme assez têtue, autoritaire se disputant facilement. Sa famille est très présente et lui rend visite presque tous les jours.

c - Analyse fonctionnelle du comportement problème (+ cf NPI/ES : ANNEXE XII)

Description : Le comportement problème consiste en des moments d'agressivité envers certains résidents: insultes (en espagnol), gestes menaçants, parfois de la violence physique (pousse, gifle, griffe). Ces comportements se sont révélés rapidement après l'entrée dans l'institution, juste le temps que Mme S. y prenne ses repères.

Face à cette agitation un thymorégulateur (la dépamide) a été mis en place par pallier à partir de juin 2009 et a permis de réduire les actes hétéro-agressifs.

Toutefois depuis le mois de décembre 2010, les moments d'agitation se manifestent à nouveau, et ce tous les jours, voire plusieurs fois par jour (souvent après le déjeuner et après le goûter). Ils sont assez explosifs, impulsifs et peuvent durer jusqu'à séparation des protagonistes. Ils restent maîtrisables par les soignants mais sources de tensions.

NPI (Item agitation/agressivité) : fréquence : 4 /gravité : 3 /score (F* G) : 12/ Retentissement : 5.

Variables organiques et antécédents personnels : cf renseignements ci-dessus. Hypothèse du médecin : Stress post-traumatique tardif/ Angoisse de spoliation / Paranoïa (en lien avec la guerre).

Antécédents immédiats : La démence est à incriminer, car elle entraîne une perte du contrôle inhibiteur, toutefois le trouble est réactionnel à l'environnement. Le comportement agressif est toujours dirigé vers les mêmes résidents, tous ont comme caractéristique commune de déambuler. Ce comportement l'agace, la dérange. Elle est très irritable. Elle semble manifester un comportement assez instinctif de défense du territoire, en effet celui-ci survient essentiellement quand quelqu'un s'approche de sa chambre, de la place qu'elle occupe ou encore si quelqu'un réalise une tâche qu'elle a l'habitude de faire. Une fois qu'un résident est « pris en grippe », elle peut ensuite être agressive et provocatrice envers lui sans raison, souvent quand elle est seule et s'ennuie. Mme S. est souvent aux aguets, elle épie les allées et venues. Il existe des signes précurseurs à l'agression, l'agitation physique augmente, elle émet des râles, sa mâchoire se crispe. Mme S. semble avoir conscience que ses actes sont condamnables, le regard des soignants est inhibiteur du passage à l'acte. Lors des animations ou des groupes thérapeutiques il n'y a jamais cette agitation.

Conséquences du comportement et réactions : Quand l'agression survient, les soignants protègent le résident visé, effectuent une séparation rapide. L'attitude la plus fréquente ensuite est le raisonnement ou la réprimande de Mme S. La colère peut alors croître et il arrive que Mme S. soit agressive contre le soignant qui intervient, se rebelle (en dehors de cette situation l'agression n'est jamais dirigée contre l'équipe). Au contraire, le fait de dédramatiser la situation, d'égayer le climat relationnel semble limiter l'expression de l'agressivité. Le résident visé quant à lui, peut manifester une réponse agressive en retour, ce qui envenime la situation, ou bien fuir. Mme S. est ainsi souvent isolée du groupe.

Autres SCPD : Mme S. présente d'autres manifestations comportementales en lien avec sa démence mais qui n'engendrent pas de perturbations significatives. Elle manifeste des comportements moteurs aberrants : une déambulation occasionnelle (type : avec comportement de recherche) et elle a systématiquement quelque chose dans les mains. Elle présente aussi certains comportements de

désinhibition et d'exaltation de l'humeur : fou rire fréquent et inapproprié, petite tape en signe d'affection...Le NPI/ES global est de 34/144.

d - Bilan psychomoteur

Comportement pendant le bilan : Mme S. se prête très bien à la situation de bilan. Elle y répond comme un jeu, assez volontaire, si elle juge la proposition trop difficile cela la fait rire. Le principal problème réside en la barrière de la langue, en effet les capacités d'expression et de compréhension du Français sont très limitées. L'échange passe essentiellement par l'imitation et les gestes, c'est sur quoi on s'appuie pour proposer des consignes. Tous les tests à composantes verbales ne sont pas administrables à l'exception de certaines consignes très simples que nous avons traduites en Espagnol. La relation s'établit rapidement via les communications non verbales, auxquelles elle est très sensible. Elle répond positivement à toute manifestation affective.

Fonctions supérieures : Il est difficile de faire la part des choses entre ce qui est imputable à la non compréhension de la langue et le déficit cognitif réel. Tous les tests neuropsychologiques standards n'ont pas pu être administrés. Toutefois la désorientation spatio-temporelle, l'atteinte mnésique et l'altération de la compréhension sont évidentes. Le MMS est considéré inférieur à 10 soit un stade de démence sévère. La dégradation cognitive semble avoir été rapide depuis son entrée dans l'institution. Quand elle s'adresse spontanément à nous en Espagnol, ce sont toujours les mêmes phrases. Sa famille décrit d'ailleurs qu'elle marmonne et qu'elle est de moins en moins compréhensible. On sait qu'elle ne sait ni lire, ni écrire. La reproduction graphique de formes simples est impossible, elle ne produit que des boucles isolées avec persévération. Elle est capable d'identifier des images simples (chat/ raisin), elle répond en Espagnol. Ni les formes, ni les couleurs ne sont dénommées.

Praxies et capacités d'imitation : Le *test d'imitation de gestes* est proposé. Sur cette épreuve Mme S. montre beaucoup de volonté, elle comprend bien qu'il faut imiter. Les mouvements des bras sont globalement réussis. Avec les doigts, elle ébauche le mouvement s'il est simple, mais il y a souvent des erreurs d'orientation. Si le mouvement est trop compliqué elle abandonne et rit. La réalisation est en miroir. On note une anomalie sur la main gauche (majeur reste plié, annulaire et auriculaire en extension et rigide). Mme S. a tendance à persévérer toujours du côté droit sur les mouvements uni-manuels. Il y a aussi des persévérations sur des mouvements proposés antérieurement ou une assimilation avec des mouvements connus (ex: taper des mains). Elle utilise des *gestes symboliques*

spontanément et peut les reproduire sur imitation. La réalisation sur demande n'a pas pu être évaluée. Globalement l'imitation est bien préservée et c'est un outil de communication à exploiter.

Schéma corporel : Nous avons proposé à Mme S. les parties du corps en Espagnol, elle a pu les montrer sur elle-même sans difficulté. La dénomination n'est pas évaluable. La reconnaissance dans le miroir est préservée.

Tonus et mouvements : Pour évaluer le tonus nous avons réalisé *les mobilisations de l'EGP*. Mme S. accompagne les mouvements. Aucune résistance au toucher, il est même plutôt apprécié.

Membres supérieurs : Le côté gauche est globalement plus rigide que le droit, l'amplitude y est plus limitée surtout au niveau du poignet. La flexion de l'épaule est de faible amplitude des 2 côtés.

Membres inférieurs : Les deux chevilles sont peu mobiles. Pour les genoux, il y a une résistance qui cède à la manipulation. La flexion de la hanche est meilleure à droite.

Mme S. peut imiter les mouvements en actif. Les performances sont identiques à celles de la manipulation. On ne note pas de tremblement, ni d'action, ni de repos. *Le mouvement de marionnettes* (diadocosynésie) est de faible amplitude mais ne révèle pas de syncinésies. *L'épreuve doigt-nez* est réussie yeux ouverts. Les propositions avec ballon (lancer/attraper/shooter) sont toutes réussies et appréciées mais réalisées avec force. En *motricité fine*, elle peut boutonner, déboutonner son gilet sans aide, attraper une pièce sur une table (à trois doigts). La main droite est privilégiée.

Marche et équilibre : Mme S. marche seule, elle utilise la rambarde quand elle est présente et dès que la distance à parcourir est importante (> 5 mètres). A *l'épreuve du Tinetti* elle obtient 15 points, révélant un risque de chute important. L'équilibre est déficitaire mais bien compensé, Mme S. n'a ainsi jamais chuté, bien que déambulant parfois. Elle est stable, debout sans appui, avec le polygone de sustentation élargi. Elle se lève et s'assoie avec appui d'un côté. L'équilibre unipodal est refusé. Les adaptations posturales sont correctes et permettent de saisir un objet au sol ou en hauteur. Il n'y a pas de résistance à la poussée. La marche est assez rapide, les pas sont courts et réguliers, les pieds ne décollent pas entièrement le sol. La posture est fléchie vers l'avant, à type de cyphose.

Autonomie : (GIR 2) Continence : 4 -Alimentation : 2 -Habillage : 3 -Soins : 4 -Mobilité : 2 -Toilette : 3 (ADL). Mme S. a une autonomie relative dans les actes de la vie quotidienne. Elle peut aller seule aux toilettes mais se souille souvent. Durant la toilette, elle se lave le visage et le devant du buste, le reste est réalisé par la soignante. Elle est un peu réticente à la douche. Elle se déshabille seule mais a besoin d'aide pour l'habillage. Elle ne participe pas au choix des vêtements. Elle mange seule, toutefois la viande lui est coupée.

Socialisation : Mme S. adhère assez facilement aux diverses animations, même si les difficultés de compréhension limitent la participation. Elle s'entend bien avec une autre résidente avec qui elle rit beaucoup et qui est également d'origine espagnole. Elle témoigne de l'affection envers le personnel et apprécie les sollicitations.

Conclusion : Ce bilan donne des pistes pour le projet de gestion comportementale. Il va falloir tenir compte de la dégradation cognitive sévère, de l'expression et de la compréhension limitée. L'imitation, les communications non verbales, et la perméabilité affective seront alors à privilégier. Le contact est bien accepté et les manipulations favorisent le relâchement. Toutes les actions motrices sont appréciées. L'équilibre est précaire.

e - Propositions et prise en charge

Une prise en charge multidimensionnelle a été pensée pour limiter le comportement agressif et protéger les autres résidents.

Au niveau pharmacologique : la dépamide (thymorégulateur) était sous dosée et a été augmentée.

Au niveau de l'environnement physique : Il a été proposé une disposition particulière dans le salon commun pour que Mme S. ne voit pas de sa place les résidents contre qui elle s'agite. Elle a aussi été changée de place à table, seule avec la dame qu'elle apprécie.

Au niveau des réactions soignantes : Généralement, quand Mme S. est agressive, on retire la personne visée, ce qui renforce son comportement. Il a alors été proposé de ne pas intervenir, juste rassurer, protéger la cible si nécessaire et de voir comment Mme S. résout spontanément son conflit.

Il a été constaté aussi, par l'analyse fonctionnelle du comportement, que quand le trouble débute, il peut être plus efficace de dédramatiser, de détourner l'attention sur autre chose, de proposer une relation positive plutôt que de répondre à la colère par la colère. Ainsi une autre stratégie serait d'essayer de généraliser ce mode de réaction et d'en évaluer le bénéfice. Le bilan psychomoteur a d'ailleurs montré une grande perméabilité émotionnelle.

Prise en charge psychomotrice individuelle : Dans le même esprit, nous avons pu constater par l'observation écologique que quand Mme S. est dans un échange relationnel agréable, qu'elle est

« détendue », le trouble ne survient pas, même en présence des individus cibles et d'un comportement intrusif.

J'ai alors proposé de mettre en place une approche de relaxation pour limiter la survenue du trouble. Le travail en groupe a déjà été tenté, Mme S. s'y distrait vite. Il est donc plus judicieux de proposer des séances individuelles afin d'axer sur une approche plus adaptée à ses besoins et capacités.

Le travail a eu lieu pendant 3 mois à raison d'une séance de 20 minutes par semaine, au-delà ses capacités attentionnelles saturent. La séance a été fixée à 16h15 car le trouble survient souvent après le goûter. L'intérêt était alors de voir si le comportement s'actualisait quand même pendant ou après la séance. La relation avec moi s'est vite établie, elle accepte que je vienne dans sa chambre, ne s'est jamais montrée agressive, elle me reconnaît chaque semaine, et témoigne d'une dimension affective (me prend la main, me salue, sourit). La séance débute par un temps d'échange, Mme S. pose systématiquement les mêmes questions. Ensuite je procède à des manipulations passives des membres supérieurs (poignet/ coude/ épaule) selon la méthode Wintrebert, le relâchement tonique est progressif. Par suite je réalise un contact médiatisé souvent avec une balle à picot ou un outil de stimulation sensorielle. J'explique ce que je fais, malgré la barrière de la langue, le ton de voix est déjà vecteur d'intention. En fin de séance, je réalise à nouveau des mobilisations pour apprécier l'état de détente corporelle. Puis nous procédons à une reprise par mouvements actifs des différentes articulations, échanges de balle (très appréciés), afin de récupérer un tonus et éviter la somnolence.

L'échange passe beaucoup à travers l'imitation que ce soit pour la réalisation des mouvements, quand je veux travailler sur la respiration ou amener à la fermeture des yeux. L'intérêt de l'imitation présenté en théorie (2^{ème} Partie / V / 2 / b- l'imitation comme vecteur de l'état de détente) a pris tout son sens auprès de cette dame avec qui le travail s'est fondé sur les communications non verbales et le vecteur émotionnel. Au début, elle avait du mal à comprendre ce que nous faisons, parlait beaucoup, n'ayant probablement jamais réalisé un tel travail et ne pouvant comprendre mes explications. Progressivement une routine s'est installée et elle a pu mieux se prêter à la situation, en appréhender le déroulement. J'ai dû faire preuve, moi aussi, d'adaptation, faire des hypothèses, tenter des actions, repérer ce qui était efficace... Pour cela, remplir la grille d'évaluation de l'état de relaxation après chaque séance m'a aidée.

Autre proposition en psychomotricité : Au vu de l'équilibre précaire et du risque potentiel de chute inhérent à la déambulation, il pourrait être intéressant de proposer à Mme S. un groupe de motricité globale pour renforcer son autonomie à la marche. L'activité physique peut aussi permettre de canaliser l'impulsivité de Mme S. Cela n'a pas encore pu être mis en place.

J'ai étudié les grilles sur la relaxation réalisées depuis le début des séances, coté les « scores de détente », il en ressort une fluctuation importante de l'état d'apaisement d'une séance à l'autre avec toutefois une amélioration notable sur les 3 mois (scores de 7 à 13). J'ai pu analyser les comportements qui chez elle traduisaient une détente : diminution des vocalisations (à type de grognements), diminution du mouvement de la mâchoire, arrêt de la verbalisation et des rires, fermeture des yeux, arrêt du comportement d'exploration de l'espace environnant... Au sein même d'une séance l'état est très fluctuant, elle peut s'apaiser quelques instants, puis se remet à parler, rouvrir les yeux avec sursaut comme pour ne rien rater de ce qui se passe. J'ai aussi pu repérer ce qui dans mes actions était le plus pertinent, notamment l'usage de la balle à picot au niveau du dos, de la tête. Son attention est limitée dans le temps. L'utilisation de matériel Snoezelen type fibre optique (nouvellement disponible) a été tentée pour focaliser son attention visuelle, le fait de fermer les stores la perturbe, la séance est un échec.

Au fil des séances, Mme S. essaye davantage de communiquer, elle fait des efforts pour se faire comprendre, évoque beaucoup ses fils et son mari décédé, parfois ce discours peut la parasiter.

J'ai aussi essayé, au travers de ces séances, de travailler la réciprocité et la douceur dans l'échange, en lui demandant de refaire sur moi l'action et en incitant verbalement à réduire l'impulsivité et la brutalité.

Je demandais aux soignantes de noter le comportement de Mme S. après la séance. Aucun acte agressif n'a jamais été noté alors qu'ils sont d'habitude fréquents à cette heure-ci.

Pour le personnel, il a été difficile de répondre par l'indifférence ou la dédramatisation à un comportement agressif, ainsi le caractère non systématique du mode de réponse n'a pas permis un reconditionnement du comportement.

La modification environnementale dans le salon commun a eu un effet bénéfique, le trouble ne s'actualise quasiment plus à ce moment-là, il faut essayer de généraliser ce principe dans les autres lieux de vie.

Globalement, ni les séances, ni même les autres actions proposées n'ont eu d'effet significatif sur le trouble au quotidien, des altercations sont notées presque tous les jours sur les transmissions. La grille d'analyse fonctionnelle et le NPI (stable) témoignent d'un comportement similaire, seul le retentissement sur les soignants est jugé moindre.

Comme on voit que les séances de relaxation sont bénéfiques à court terme sur le comportement, mais pas au-delà, il pourrait être judicieux d'en proposer plus régulièrement dans la semaine ou juste au moment où les signes précurseurs sont détectés pour prévenir la crise. Cela nécessiterait une présence plus importante de la psychomotricienne sur le secteur, or elle n'est disponible qu'à mi-temps pour la totalité de la structure.

Enfin, on peut noter qu'après un arrêt de séance pendant 3 semaines, le trouble avait encore augmenté amenant la décision d'introduire un neuroleptique, au risque d'une dégradation de l'autonomie, pour protéger les autres résidents de réelles manifestations d'agressivité (coup, griffure). Même si l'arrêt des séances ne peut expliquer à lui seul ce résultat, il est en faveur de l'effet bénéfique de la prise en charge psychomotrice.

2- Cas n° 2- Cris - Madame T.

Mme T. est âgée de 81 ans.

<u>a - Renseignements médicaux</u>
<u>Diagnostic démentiel/atteintes cérébrales</u> : Syndrome parkinsonien – Syndrome frontal et démence vasculaire évoqués - AVC ischémique (péri-sylvien/ février 2009) – Ébauche de Babinski bilatéral
<u>Diagnostic psychiatrique</u> : Syndrome anxio-dépressif ancien.
<u>Pathologies somatiques</u> : HTA, hypercholestérolémie, bradycardie, dénutrition modérée.
<u>Atteintes ostéo-articulaires/douleurs</u> : arthrose - escarres aux talons - œdème des membres inférieurs
<u>Perception sensorielle</u> : perte auditive importante - pas d'appareillage. A des lunettes pour voir de près mais ne les porte plus – Fixité du regard (occulo-motricité difficile à évaluer).
<u>Traitement</u> : Zyprexa (antipsychotique), Lercan (vasodilatateur), Tahor (hypolipémiant) Forlax (laxatif) Paracétamol (antalgique).

<u>b - Renseignements personnels/ Histoire de vie</u>
--

Mme T. est veuve depuis 15 ans. Elle a deux fils, les visites sont rares. Elle était femme au foyer, dit avoir comme seul loisir la télévision. Nous n'avons pas plus d'éléments sur son histoire. L'EHPAD actuel est sa quatrième structure d'accueil (depuis août 2009).

Elle a d'abord été en foyer logement, mais ses cris et son agitation l'ont conduite à une hospitalisation et des changements fréquents d'établissements.

Description : Le comportement problème consiste en des cris d'intensité variable : gémissements jusqu'à des hurlements entendus sur tout l'étage. Ils surviennent plusieurs fois par jour, surtout en début de matinée, en fin d'après-midi et la nuit. Ils sont très perturbants et difficiles à gérer. La durée est variable et fonction de la réponse apportée.

NPI (Cris- Item agitation) : fréquence : 4/ gravité : 3 /score (F*G) : 12 / Retentissement : 5.

Variables organiques et antécédents personnels : cf renseignements ci-dessus.

Antécédents immédiats : Aucun élément déclencheur spécifique n'a été retrouvé, toutefois quand elle crie, c'est le plus souvent pour exprimer un besoin ou un mécontentement, une opposition. Quand on l'interroge, elle peut alors évoquer la raison : une douleur, la soif, le bruit... La satisfaction de la demande ne fait pas toujours cesser les cris. C'est alors plus un besoin d'attention qui est manifesté. Parfois elle a pu dire qu'elle ne savait pas pourquoi elle criait ou qu'elle criait par habitude, pour elle ou encore nier le comportement. Quand le trouble est très important la communication est rompue. En général le trouble n'est pas présent pendant les moments de soins ou les activités qu'elle accepte.

Conséquence pour le sujet : On peut penser que c'est pour elle le moyen le plus efficace pour capter l'attention des soignantes et obtenir la satisfaction de ses demandes. On s'occupe plus vite d'elle par le cri que par un discours cohérent qui lui est d'ailleurs coûteux.

Conséquences pour l'entourage et réactions : La perturbation émotionnelle pour les soignantes est jugée très sévère, les cris sont usants et entraînent un sentiment d'impuissance. Elles peuvent réagir de différentes manières : le questionnement sur les besoins, l'apaisement (toucher, « massage », discussion), le raisonnement en évoquant la gêne occasionnée, la réprimande, l'isolement... Le trouble peut être temporairement stoppé par les manifestations d'attention (cela n'est pas systématique). A l'inverse l'isolement accroît l'intensité du cri. Chez certains résidents, les cris suscitent incompréhension et/ou colère, globalement, ils augmentent la tension dans le secteur.

Mme T. obtient un score global au NPI/ES de 35/144.

d - Évaluation neuropsychologique

MMS : 2/30 à l'entrée dans l'institution, la psychologue note une désorientation spatio-temporelle, des propos répétitifs, une confusion et des pleurs fréquents.

Échelle de Cornell (évaluation de la dépression chez des personnes dont le MMS < 15): 8/38 –

Ce score ne dénote pas une dépression.

Échelle Doloplus (évaluation comportementale de la douleur) : 9/30 = douleur clairement affirmée.

e- Bilan psychomoteur

Comportement pendant le bilan : Mme T est en train de crier, l'approche est progressive (explication + contact). Elle accepte finalement le travail, coopère, tente ce qui lui paraît accessible. Elle se fatigue vite. Nous réalisons le bilan en plusieurs fois, les performances sont fluctuantes. Elle apprécie le fait qu'on s'intéresse à elle de manière privilégiée, qu'on valorise ses capacités.

Compréhension et expression : La compréhension est préservée sur des phrases simples, toutefois son déficit auditif nécessite d'adapter la voix et souvent de répéter. L'expression est fluctuante, elle peut être tout à fait cohérente mais l'articulation est difficile ne lui permettant pas toujours de se faire comprendre. Il y a peu de communications non verbales, le visage et le regard sont très figés.

Fonctions supérieures : Nous avons fait passer à Mme T. l'ERFC, complété par l'administration de certaines épreuves d'autres tests. Score Total : 16/50 - Le déficit cognitif est majeur.

<u>Orientation temporo-spaciale</u> : Mme T. échoue aux questions temporelles, par contre elle peut réciter les jours et les mois. Elle est mieux repérée au niveau du lieu. Elle maîtrise les notions d'orientation : devant, dessus, dessous, dedans, mais pas la distinction droite/gauche.	<u>2/8</u>
<u>Attention/ Mémoire</u> : Le rappel immédiat est correct par contre il y a échec total en différé. L'indigage entraîne des intrusions.	<u>3/10</u>
<u>Calcul mental - Raisonnement et jugement</u> : Mme T. ne cherche même pas à répondre.	<u>0/7</u>
<u>Compréhension</u> : Le temps de réponse est long mais les notions sont comprises	<u>3/5</u>
<u>Dénomination</u> : Pour les objets, elle donne la matière au lieu du nom de l'objet, elle persévère sur la consigne d'un test administré précédemment (EGP-Sréréognosie). Mme T. reconnaît les visages, les couleurs, les formes simples (rond, carré), les images, certains objets. Quand elle	<u>2/4</u>

ne répond pas, cela semble davantage lié à un manque du mot qu'à un trouble gnosique.	
<u>Ordre écrit</u> : Mme T. peut lire si les caractères sont grossis et sur de courtes phrases.	1/1
<u>Répétition et Fluidité Verbale</u> : Lenteur et difficulté d'évocation et d'articulation sont à noter.	2/6
<u>Praxies visuo-constructives</u> : elle peut reproduire des formes simples mais est en échec dès qu'il s'agit de percevoir des lignes orientées et des enchevêtrements de figures. On note des syncinésies buccales et un tremblement de la main qui maintient la feuille.	2/6
<u>Décodage visuel</u> : Elle perçoit « des cheveux » sans identifier que cela représente un visage.	0/1
<u>Écriture</u> : La copie entraîne un blocage et persévération, le mot dicté est écrit en phonétique. Quand on lui demande d'écrire son nom et son prénom, elle reproduit bien l'enchaînement des lettres (automatisme) mais le résultat n'est pas lisible. Le tracé est très lent, tremblé, la prise est trop haute, ce qui gêne l'appui sur la feuille. La latéralité manuelle semble établie à droite.	1/1

Praxies et capacités d'imitation : *L'imitation de geste* est proposée partiellement. Sur des modèles simples avec mains et doigts on retrouve la forme générale, une bonne identification des parties du corps en jeu, mais l'amplitude et les orientations ne sont pas respectées. L'imitation est en miroir, le changement de côté bien perçu. On note des persévérations et des difficultés ostéo-articulaires. Les mouvements des bras ne sont pas réalisables au vu des limitations motrices. *Les gestes symboliques (EGP)* ne sont possibles que sur imitation. Pour *les pantomimes (EGP)*, elle a d'abord du mal à comprendre puis exécute correctement les gestes demandés, même si la main remplace l'objet.

Schéma corporel : Mme T. montre sur demande toutes les parties du corps au-dessus du bassin. Les mains droite et gauche ne sont pas différenciées. Pour les membres inférieurs, son manque de mobilité l'empêche de montrer. On demande alors la dénomination sur le corps de l'autre. Le manque du mot crée plus de lenteur et de difficultés mais l'épreuve est globalement réussie.

Tonus, posture et mouvements : Nous avons réalisé les *mobilisations de l'EGP* :

Membres supérieurs: En passif, Mme T. n'accompagne pas le mouvement. L'extension des poignets est limitée, la flexion du coude révèle une roue dentée. Globalement le côté droit est plus souple que le gauche. En actif, Mme T. réalise la totalité des mouvements demandés, l'amplitude est limitée.

Membres inférieurs: En passif, Mme T. a tendance à accompagner les mouvements. La flexion de cheville est limitée et génère des syncinésies. En actif, elle ne peut mobiliser que les chevilles, le kinésithérapeute a établi un déficit en force musculaire.

Sa réaction au toucher à la stimulation sensorielle est variable en fonction de son humeur, elle peut y prendre plaisir comme le rejeter. Le mouvement de marionnettes est de faible amplitude et syncinétique (davantage à gauche). On note un léger tremblement de repos au niveau des mains. Les propositions avec ballon (lancer/attraper/shooter) ne sont pas réussies.

Marche et équilibre : Mme T. est actuellement en fauteuil roulant, elle ne réalise plus aucun transfert de manière autonome (utilisation d'un lève personne pour passage du lit au fauteuil).

A l'entrée dans l'institution, elle marchait avec déambulateur sur de courtes distances, mais au vu du risque de chute élevé et de l'agitation une contention lui a été prescrite.

Autonomie : GIR 1-ADL : Continence : 5, Alimentation : 4, Habillement : 4, Soins : 4, Mobilité : 5, Toilette : 4. Mme T. n'est plus autonome dans toutes les activités de base, elle a besoin d'une aide totale pour la toilette (au lit), l'habillement, la prise de repas (mixé). Elle est passive, le plus souvent n'est pas opposante. La dégradation a été progressive depuis son entrée dans l'institution.

Socialisation : Mme T. peut participer à certaines activités sur sollicitation. Son état de grabatisation et ses cris sont parfois difficiles pour l'animation. Il n'y a pas d'échange avec les autres résidents. Le personnel est sollicité essentiellement pour répondre à des besoins.

Conclusion : Ce bilan révèle des caractéristiques d'un syndrome parkinsonien : rigidité, lenteur, akinésie, tremblements, syncinésies, dysarthrie, amimie, troubles visuo-spatiaux et de la démence frontale : apathie, persévération et trouble dysexécutif. Dans la prise en charge comportementale, il va falloir tenir compte des difficultés de communication avec la surdité, le manque du mot, le trouble de l'articulation et la fatigabilité. La mobilité est largement réduite et les douleurs sont importantes. Cette dame est isolée, et apprécie qu'on lui prête de l'attention.

f - Propositions et prise en charge

A partir de l'analyse fonctionnelle et du bilan psychomoteur réalisé, un certain nombre de propositions ont été discutées en équipe et appliquées.

Au niveau pharmacologique : Il y a eu une augmentation progressive du Xanax (anxiolytique) et de l'Haldol (antipsychotique) sans modification significative du comportement problème, ce traitement a alors été suspendu. Mme T. avait fait le lien entre la prise et l'effet sédatif et s'y opposait.

Au niveau environnemental : Quand Mme T. est arrivée en institution, elle était en chambre seule, l'équipe ayant remarqué une agitation moindre quand il y avait du personnel dans la chambre, il a été décidé de la placer en chambre double pour qu'elle ait de la compagnie. Toutefois les cris ont continué, puis se sont majorés, situation très difficile pour la voisine de chambre. Aujourd'hui l'hypothèse inverse est posée, les cris la nuit sont une opposition à cette promiscuité. Un retour en chambre seule est opéré.

Au niveau somatique : Comme la douleur aux membres inférieurs est une des causes principales des cris, il faut essayer d'adapter la position sur le fauteuil pour limiter l'inconfort. Un travail de massage et de mobilisation passive doit être proposé pour réduire la douleur.

Reconditionnement comportemental : L'analyse fonctionnelle a établi que le cri est pour Mme T. un moyen de communication. Or, comme elle crie de la même façon pour exprimer différentes choses, la communication est brouillée. De plus, cette modalité est source de tension dans le secteur. Il faut donc remplacer le cri par une demande plus adaptée : dire « Madame » pour solliciter le personnel. Il est nécessaire de lui faire comprendre qu'elle gagnera ainsi en qualité de soin car elle sera plus vite comprise. Il faut que la réponse ne lui soit accordée que quand elle utilise cette modalité et ce avec l'ensemble du personnel. Les cris doivent entraîner au contraire un retrait d'attention.

Participation au groupe de relaxation : Ce groupe est proposé par la psychomotricienne de l'établissement spécifiquement pour les résidents du secteur protégé qui peuvent en bénéficier. Il a lieu une fois par semaine, à 17 heures et dure de 20 à 40 minutes. Il propose des stimulations adaptées à cette population afin de permettre un état de détente : des stimulations sensorielles, des mobilisations passives, des exercices respiratoires. Même si les indications verbales (à type de visualisation) ne sont pas forcément intégrées et comprises cognitivement, elles participent à créer, grâce au ton de voix, un climat apaisant, il en va de même pour la musique utilisée. Grâce à la mémoire émotionnelle, on peut supposer que l'atmosphère créée est une variable essentielle pour conditionner un état de détente chez des sujets qui ne peuvent plus y accéder autrement.

Pour ce qui est de Mme T., l'adhésion au groupe est d'abord fluctuante et dépend notamment de l'intensité du trouble avant la séance. Par contre, quand elle accepte de participer, elle peut profiter de la séance et s'apaiser. L'analyse fonctionnelle a montré que souvent les cris sont causés par une surstimulation notamment sonore ou un manque d'attention. Cela peut expliquer qu'elle apprécie ce moment de calme et de relation privilégiée. Elle peut verbaliser son apaisement à la fin de la séance.

Nous renforçons alors sur le fait qu'on peut recommencer, que cela lui est bénéfique pour favoriser l'adhésion la fois prochaine. En effet, le refus peut être dû au fait qu'elle ne se rappelle plus ce à quoi correspond la proposition de séance, le fait d'insister majore le trouble.

On va noter, au fil des séances, une adhésion croissante à la proposition, avec le plus souvent sédation du cri.

Autres activités : La participation à différentes activités s'avère bénéfique sur le trouble, au moins dans l'instant par la stimulation et l'attention accordée. Comme il est nécessaire d'entretenir, voire d'améliorer la mobilité des membres supérieurs et de favoriser l'autonomie, on peut conseiller la participation à différents ateliers notamment l'atelier cuisine et la sollicitation dans des animations de graphisme.

g - Résultats et limites

La grille d'évaluation de la relaxation a été remplie à la fin de chaque séance, en raison de l'apathie et de la grabatisation, certains items ne sont pas pertinents et ne peuvent être cotés pour juger de l'état de détente (ex : diminution des mouvements). Au niveau du tonus, Mme T. peut se relâcher, elle est moins crispée quand les cris cèdent, mais il existe toujours une rigidité d'ordre neurologique. Globalement après les premières séances qui ont sans doute nécessité un temps d'adaptation, le bénéfice s'avère significatif et régulier à la lecture des grilles (moyenne de 15 au « score de détente »). Les manifestations les plus révélatrices se situent au niveau du visage, plus serein et expressif, de la fermeture des yeux, de la modification de la respiration. Sauf rares exceptions, le comportement dysfonctionnel a toujours disparu pendant les séances, il réapparaît plus ou moins vite quand celle-ci s'achève, parfois c'est l'arrêt même de la séance qui a motivé les cris, d'autres fois il n'y a plus aucun cri jusqu'au lendemain matin alors que c'est d'habitude en soirée que les cris sont les plus importants.

Ainsi, on peut conclure que ces séances ont un bénéfice directement pour la patiente, lui offrant un instant d'apaisement. Elles peuvent aussi soulager l'équipe offrant un moment de répit, cependant aucun bénéfice n'a été noté à plus long terme.

Le reconditionnement comportemental a, quant à lui, échoué. Les soignantes ont dans un premier temps adopté la consigne de ne répondre qu'après avoir obtenu la sédation du cri et la demande « Madame », mais cela s'est avéré laborieux à tenir au quotidien, il faut en effet beaucoup de patience et de volonté pour réussir à ignorer Mme T. lorsqu'elle crie. Cette intervention n'ayant été

ni systématique, ni prolongée sur la durée, elle a renforcé chez la patiente le fait que le cri apporte une satisfaction plus rapide de ses besoins. Il faudrait peut-être songer à un moyen d'interpeller moins dérangeant que les cris et moins coûteux pour la patiente que la verbalisation. En effet, il lui est difficile de s'exprimer, de se faire entendre et comprendre, ainsi les soignantes la remarquent moins, réagissent moins rapidement et systématiquement à ses demandes.

L'idée pourrait être alors de créer un lexique avec des pictogrammes simples pour les différentes demandes, en adaptant le principe du PECS (Système de Communication par Échange d'Images), les praxies et gnosies étant correctement préservées. Toutefois, en raison de l'apragmatisme (pas d'initiation de l'action), des difficultés mnésiques (se souvenir que ce moyen est à disposition) et de l'évolution de la démence, on peut questionner la possibilité et la pertinence à terme d'un tel apprentissage. Il faut réaliser des essais et les évaluer.

Pour ce qui est des résultats globaux, on note une diminution de l'intensité, résultat toutefois à appréhender avec précaution, car celle-ci est très fluctuante d'une semaine à l'autre. Le NPI/ES est passé de 35 à 31/144. Ce qui est par contre significatif, tout comme pour Mme S., c'est le retentissement émotionnel moindre chez les soignants.

3- Cas n° 3- Agitation vespérale et inversion jour/nuit- Monsieur B.

M. B. est âgé de 71 ans.

a - Renseignements médicaux

Diagnostic démentiel/atteintes cérébrales : Démence à corps de Lewy – Syndrome frontal suspecté

Diagnostic psychiatrique : tableau psychotique ancien.

Pathologies somatiques : HTA, cholestérol, infarctus du myocarde, troubles du rythme, exogénose.

Atteintes ostéo- articulaires/douleurs : artériopathie des membres inférieurs.

Perception sensorielle : port de lunettes.

Traitement : Kardegic (Antiagrégant), Simvastatine (Hypolipémiant), Atarax (Anxiolytique), Leponex (Neuroleptique atypique), Rivotril (Antiépileptique-thymorégulateur).

b - Renseignements personnels/ Histoire de vie

M. B. était travailleur SNCF. Il est marié et a un fils. Il est arrivé dans l'institution en juillet 2009, sa femme espace progressivement les visites. C'est à la suite d'une bouffée délirante aiguë avec tentative de défenestration qu'il intègre le secteur protégé.

c - Analyse fonctionnelle du comportement problème (+cf NPI/ES- ANNEXE XIV)

Description : M.B. présente une agitation qui apparaît progressivement entre 16 et 17 heures. Elle se manifeste par une déambulation (type : avec comportement d'occupation, au cours de son activité M. B. déplace les meubles ou les démonte, (chambre et lieu commun), il peut se montrer agressif si on vient l'interrompre. Il présente aussi des hallucinations visuelles, il feint de ramasser des éléments au sol et tient un discours confus, délirant. Cette agitation se poursuit une grande partie de la nuit. Il a ensuite tendance à dormir jusqu'à tard le matin puis somnoler le reste de la journée. Son rythme de sommeil est ainsi inversé. Un trouble en sommeil paradoxal est mentionné. Qui plus est M. B. présente une conduite apathique, avec un ralentissement important. Parfois il peut rester prostré et être opposant à toute intervention. Le NPI/ES global est alors à 62/144.

Variables organiques et antécédents personnels : cf renseignements ci-dessus.

Antécédents immédiats : Pas d'éléments déclencheurs directs détectés, si ce n'est l'heure qui est constante et ce quelle que soit la saison. On peut toutefois émettre certaines hypothèses étiologiques au vu de la littérature et notamment le manque d'activité physique, l'homogénéité du milieu (même température, même luminosité...) la routine institutionnelle, le sentiment d'enfermement... Il a aussi été repéré une veilleuse, placée au-dessus du lit qui crée un éclairage la nuit identique au jour.

Conséquences pour le sujet : M.B. n'a pas conscience du caractère inapproprié de son comportement. On peut voir dans cette agitation une nécessité de se mouvoir, de s'occuper, dans ce sens elle a une finalité pour lui. Il existe toutefois un risque majeur de chute et de blessure, plusieurs accidents de ce type se sont déjà produits. Un risque de fugue a également été évoqué.

Conséquences pour l'entourage et réactions : Le comportement peut déranger par son étrangeté, mais surtout il renvoie un sentiment d'impuissance, les soignantes ne trouvant pas de moyen de le gérer, la seule réponse a été de dépouiller sa chambre pour qu'il cesse de la détruire et de sécuriser. Elles peuvent parfois tenter d'engager une activité alternative, mais en vain. Toute entrave majeure le trouble et suscite de l'agressivité. Chez les résidents ce comportement interroge, effraie ou énerve.

d - Évaluation neuropsychologique

Une évaluation a été réalisée en octobre 2009.

Elle révèle une fluctuation du déficit cognitif mnésique et attentionnel (MMS à 15/30), un trouble visuo-constructif avéré (test de l'horloge), des difficultés dysexécutives (Trail Making Test), ce tableau conduit au diagnostic de DCL. La psychologue note de plus un discours souvent incohérent, teinté d'idées délirantes et une désorientation spatio-temporelle majeure. Le déclin cognitif a été progressif depuis son entrée en institution, il est aujourd'hui considéré comme « non évaluable ».

e - Bilan psychomoteur

Comportement pendant le bilan : Le bilan se déroule en après-midi, M. B. refuse de quitter le salon mais répond à mes demandes. Il peut être pertinent dans ses réponses mais adopte un discours incohérent, voire incompréhensible entre les questions. Il manifeste assez vite un agacement face à cette situation mais continue à exécuter ce qui lui est demandé. Une deuxième séance peut être réalisée en chambre, le matin, M. B. est davantage coopérant mais toujours confus.

Fonctions supérieures : J'ai proposé à M. B. l'ERFC et un complément d'items, le score total est de 17,5/50 soit un déficit cognitif majeur.

<u>Orientation temporo-spaciale</u> : M. B. est incapable de donner la date du jour ni la saison. Il lit l'heure très facilement mais ne peut pas dire à quel moment de la journée elle correspond. Il connaît sa date de naissance, celle de son fils, mais ne peut calculer les âges correspondant. Au niveau spatial, il se situe dans sa ville d'origine et y associe le bon département.	<u>2/8</u>
<u>Attention/Mémoire</u> : M. B. reproduit de manière écholalique mes propos, y compris les consignes et indications. Il ne parvient pas à répéter seulement les mots sur demande.	<u>0/10</u>
<u>Calcul mental - Raisonnement et jugement</u> : Tentative de résolution mais il se perd et s'agace.	<u>0/7</u>
<u>Compréhension</u> : M. B. identifie les formes géométriques proposées mais la consigne sur l'orientation (dessus/dessous/dedans) lui pose problème, la réponse semble aléatoire.	<u>2/5</u>
<u>Dénomination</u> : M. B. identifie sans la moindre difficulté les objets proposés. Il est même très précis dans ses réponses et a un discours cohérent autour des images proposées.	<u>4/4</u>
<u>Répétition</u> : M. B. n'a aucune difficulté dans la perception des mots et dans leur articulation.	<u>1/2</u>
<u>Ordre écrit</u> : La lecture est fluide et l'ordre immédiatement réalisé. Sur un texte plus long, M. B. fait plusieurs interprétations de mots et le sens ne paraît pas perçu.	<u>1/1</u>
<u>Fluidité verbale</u> : Il faut lui rappeler plusieurs fois la consigne en une minute et l'encourager	<u>1/4</u>

<u>Praxies visuo-constructives</u> : M. B. perçoit les différents éléments présents mais peine à les agencer les uns par rapport aux autres. Il est très long, s'applique, semble percevoir que sa réalisation ne correspond pas au modèle sans arriver à la corriger.	4,5/6
<u>Décodage visuel</u> : M. B. identifie le personnage et peut placer les éléments du visage.	1/1
<u>Écriture</u> : M. B. peut recopier un mot écrit ou sur dictée. L'écriture est en lettres bâton. En spontanée M. B. peut épeler un mot mais il perd l'ordre des lettres en cours de transcription, il fait alors des micrographies non identifiables. La latéralité manuelle semble établie à droite.	1/1

Praxies et capacités d'imitation : *Le test d'imitation de gestes* est proposé. M. B. peine à observer les deux bras simultanément, procède alors en deux temps. L'amplitude n'est pas optimale. Il se perd entre imitation en miroir, qu'il réalise spontanément, et imitation en réel qu'il veut produire, cela crée des persévérations du même côté. Pour les mouvements des mains et des doigts, M. B. identifie la forme globale et les doigts en jeu mais l'orientation du geste n'est pas considérée, ni même les rapports de profondeur et d'alignement. Les gestes les plus complexes sont simplifiés, ou il y a persévération sur le geste précédent. Les *gestes symboliques (EGP)* sont réussis. Enfin pour les *pantomimes (EGP)*, M. B. peine à comprendre qu'il faut « faire semblant », la réalisation est ensuite correcte.

Schéma corporel : M. B. montre sur lui les différentes parties du corps proposées sans difficulté. Il y a seulement hésitation entre la main droite et la main gauche. La dénomination n'est pas évaluée.

Tonus, posture et mouvements : M. B. présente une légère cyphose. Pour évaluer le tonus, nous réalisons les mobilisations de l'EGP et un complément d'épreuve : on note une hypertonie avec roue dentée à la mobilisation passive, surtout à la flexion (coude/genou). La rigidité est plus importante en distalité. L'épreuve du ballant révèle une paratonie. La réalisation en actif révèle une difficulté à dissocier les mouvements et des syncinésies. Il en va de même à l'épreuve des marionnettes. L'épreuve doigts-nez traduit une atteinte de la coordination entre les deux hémicorps et une hypermétrie. Il n'y a pas de tremblement, ni d'action, ni de repos.

Les épreuves de lancer, rattraper, shooter sont acceptées et réussies, l'amplitude du mouvement est limitée. Au niveau dextérité et déliement digital, on note une rigidité, une difficulté dans la dissociation des doigts, les mouvements de pianotage et dé pianotage échouent. Il ne peut reconnaître un objet au toucher car il n'y a pas de mouvement exploratoire spontané.

Marche et équilibre : Nous avons observé M. B. selon les critères du *Tinetti*. Il peut se lever et s'asseoir sans appui des bras. L'équilibre statique est bon, spontanément les pieds sont écartés mais il peut les joindre et fermer les yeux sans perte de stabilité. La résistance à la poussée est satisfaisante, la rotation est stable. Il peut attraper un objet au sol ou en hauteur avec de bons ajustements posturaux. L'initiation de la marche peut révéler un « freezing », puis l'enchaînement des pas est bon, malgré une légère dissymétrie, M. B. se déplace sans aide technique. Le score de 25/28 évoque un risque de chute peu élevé. Toutefois M. B. a déjà chuté plusieurs fois pour cause d'agitation, on constate, lorsqu'il déambule, que le pas est davantage court et traînant.

Autonomie : GIR 2/ ADL: Continence : 4 - Alimentation : 2 - Habillement : 4 - Soins Personnels : 4 Mobilité : 2 - Toilette : 4. M. B. est autonome dans son déplacement et pour s'alimenter, sauf lors d'agitation importante, il ne tient pas assis à table, renverse les plats et doit alors être accompagné. La toilette et l'habillage sont aidés, les soins ayant lieu le matin, ils occasionnent peu d'opposition.

Socialisation : M. B. participe rarement aux activités proposées, il est en difficulté pour comprendre les consignes et surtout maintenir son attention. Son agitation peut aussi perturber le groupe pour les activités de fin de journée. Il échange peu avec les autres résidents ou livre un discours incohérent. Il en va de même avec le personnel soignant.

Conclusion : On dénote chez M. B. une rigidité importante et une akinésie, symptômes fréquents dans la démence à corps de Lewy et sûrement majorés par le traitement neuroleptique. Ce bilan montre que pour le projet thérapeutique visant à modifier le comportement, il va falloir tenir compte de la grande fluctuation des performances en fonction du moment de la journée, de la confusion et de l'opposition fréquente. M. B. déambulant, le risque de chute est particulièrement préoccupant.

<u>f - Propositions et prise en charge</u>
--

Au vu des évaluations, les deux problèmes ciblés ont été le comportement d'agitation et le risque de chute, le second étant d'ailleurs en partie inhérent au premier. Tous les travaux théoriques sur l'inversion du cycle nyctémère ont été intéressants pour construire la prise en charge.

Au niveau pharmacologique : M. B. a été hospitalisé fin janvier pour une occlusion intestinale, à cette occasion, tout son traitement a été suspendu, avec consigne de suivre l'évolution de son comportement avant de réintroduire le neuroleptique.

Au niveau de l'environnement physique : la première action a été de retirer la veilleuse mal placée et trop lumineuse, celle-ci pouvant altérer le sommeil, la fatigue générant ensuite la somnolence diurne et l'agitation.

Au niveau de l'environnement humain : Selon Martin et collaborateurs (2000), une même agitation sera évaluée plus gênante et perturbatrice en soirée, notamment car les soignants sont moins nombreux, plus fatigués... C'est un facteur important dont il faut tenir compte et faire prendre conscience à l'équipe.

L'activité dérivative proposée par les soignantes pour canaliser le trouble ne doit pas être stimulante, la préparation du sommeil doit se faire par une baisse progressive de l'état de vigilance à partir de 17 heures. En ce sens la participation au groupe relaxation a été tentée.

Activité spécifique : On a émis l'hypothèse que la désorientation nyctémérale pouvait être issue d'un manque d'activité physique et d'un manque d'exposition à des repères temporels primaires permettant la synchronisation de l'horloge biologique comme la lumière du soleil ou la variation de température... (Campbell et *al.*, 1996). A partir de ce constat, l'idée a été de proposer à M. B. de sortir dans le jardin thérapeutique tous les matins, et cela quel que soit le climat, et de favoriser à ce moment la perception des indices temporels, des éléments climatiques, et de toutes les sensations perçues en extérieur (texture, son, odeur). Ce temps doit aussi être l'occasion de pratiquer une activité physique autour de la marche. La psychomotricienne peut mettre cette activité en œuvre quand elle est présente et établit un relais avec l'équipe pour que la sortie soit quotidienne.

J'ai alors mis en place une grille à coter chaque jour (cf **ANNEXE XIV**) afin d'apprécier si un lien est observable entre la sortie (durée, activité pratiquée, luminosité), la somnolence diurne, l'agitation de soirée et le sommeil. J'ai voulu la faire simple et rapide afin de favoriser le remplissage quotidien par les soignantes, il a fallu aussi leur expliquer l'intérêt d'un tel travail.

g - Résultats et limites

Depuis Février M. B. s'est métamorphosé sur le plan comportemental, le NPI/ES global est passé de 62 à 21/144. Le cycle jour/nuit s'est progressivement recalé, ainsi M. B. est moins somnolent la journée, moins agité le soir (coté à 1 sur ma grille) et dort mieux la nuit, de plus son discours peut être davantage cohérent, la marche s'est largement améliorée et il est plus participatif, souriant.

Ces résultats sont réjouissants pour l'équipe, mais difficiles à expliquer et interpréter, car d'une part ils sont surprenants et d'autre part plusieurs actions ont été mises en place simultanément.

L'hospitalisation et l'arrêt du neuroleptique ont sans doute eu une place déterminante mais une légère amélioration avait déjà été notée auparavant, depuis le retrait de la veilleuse. Il a d'ailleurs été tenté pendant 3 jours de réinstaller la veilleuse, entraînant un renouveau d'agitation.

Les sorties n'ont pas eu lieu de manière systématique, qui plus est, à horaire et durée variables (10 à 30 minutes) et le remplissage de la grille a été très sommaire, si bien qu'on ne peut conclure à un lien direct sur l'amélioration du comportement et du sommeil. Pour avoir moi-même accompagné M. B. les jours de mon stage, j'ai pu constater, comme les soignantes d'ailleurs, qu'il était plus disponible et cohérent dans ses propos lors de ces sorties et notamment quand on attirait son attention sur ses perceptions. Le fait de faire sortir régulièrement les résidents, de favoriser l'ensoleillement le matin et l'activité physique est inscrit dans le projet du secteur protégé, le cas de ce résident a permis de faire ré-émerger cette problématique. Toutefois, il existe des contraintes humaines et de temps qui freinent la mise en place de ce dispositif. De plus, bien des résidents n'ont ni manteau, ni chaussures d'extérieur, la possibilité de sortir n'étant plus envisagée par la famille. Le climat est souvent évoqué pour ne pas faire sortir les résidents, le médecin coordinateur du secteur a alors évoqué l'investissement dans le matériel et la formation en luminothérapie pour favoriser le rythme biologique et l'humeur.

Pour ce qui est des activités non stimulantes, la relaxation et toutes autres tentatives, ont été un échec car M. B. était dans une si grande agitation en fin de journée qu'il ne pouvait s'y prêter. Pendant le groupe de relaxation il se levait, déplaçait les chaises, perturbait les autres résidents..., ainsi ce travail a vite été abandonné. C'est seulement quand le comportement s'est amélioré que des activités calmes ont pu être proposées.

On note depuis peu un retour progressif du comportement d'agitation et de la confusion sans que rien dans l'environnement et la prise en soin n'ait été modifié. Ce cas nous montre les limites tant de la prise en charge médicamenteuse que non médicamenteuse, cette dernière est souvent bénéfique mais il ne faut pas sous-estimer l'effet des traitements et surtout les fluctuations propres à l'état de démence qui peuvent parfois amener momentanément une amélioration mais aussi une dégradation en lien avec l'avancée de la maladie. Ces variations sont très perturbantes pour l'équipe donnant le sentiment de ne jamais pouvoir maîtriser réellement le comportement des patients. Il est alors important de les comprendre pour les accepter.

III - Discussion

Malgré la volonté d'utiliser des outils d'évaluation rigoureux pour guider mes prises en charge et en apprécier l'efficacité, la réalité du terrain ne permet pas de répondre aux divers critères expérimentaux précisés dans la deuxième partie de ce mémoire. Il n'y a pas de cas témoin, pas de double aveugle, pas d'évaluateur indépendant, ainsi les résultats sont teintés d'une certaine subjectivité et à considérer avec la réserve que cela implique, toute l'équipe ayant connaissance et s'impliquant dans le travail auprès des résidents. Pour apprécier l'efficacité d'une thérapeutique il conviendrait en outre de l'étudier isolément. Or, dans la pratique, on recherche avant tout et au plus vite la sédation du comportement perturbateur, plusieurs interventions se conjuguant alors simultanément, ce qui ne permet pas de conclure sur le bénéfice isolé de chaque action.

Ainsi, cette exposition pratique ne vise pas à démontrer l'efficacité de telle ou telle méthode, des protocoles de recherche bien plus rigoureux s'y sont déjà maintes fois heurtés. Ma volonté était ici essentiellement d'illustrer, le plus concrètement possible, ce que peut être l'action du psychomotricien auprès de la population ciblée et de l'équipe dans un secteur protégé. Les façons de procéder sont riches et multiples, différent en fonction des patients, de l'environnement tant humain que physique, ce n'est ici qu'une facette du travail qui peut être mené.

Une des difficultés tient à la spécificité du travail auprès de cette population, la dimension temporelle et évolutive y est différente, l'ajustement relationnel déterminant et il est nécessaire de faire preuve d'une grande adaptation, les résidents ayant perdu cette capacité. C'est dans ce sens qu'il n'a pas été possible de suivre un protocole rigoureux de prise en charge, le projet thérapeutique a bien évidemment été réfléchi longuement à partir de l'analyse des bilans, mais les séances ont dû être ajustées au fur et à mesure pour être au plus près des potentialités des sujets et maximiser les bénéfices.

Le bilan psychomoteur réalisé a révélé un certain nombre de difficultés, si bien qu'un travail ciblé exclusivement sur le comportement peut paraître incomplet, toutefois le temps de psychomotricité sur le secteur amène à restreindre les objectifs et à considérer alors le travail comportemental comme un préalable nécessaire à toute thérapeutique future. C'est aussi ce qui est à travailler prioritairement, car source de tensions pour l'équipe et les autres résidents, et parfois même de danger pour le sujet-lui même.

Pour ce qui est de l'approche de la relaxation, même si les modalités (groupe/ individuel – médiation utilisée – heure...) ont été très différentes pour les deux patientes étudiées, on retrouve des observations communes, à savoir un effet manifestement bénéfique pendant la séance, avec une sédation du comportement dysfonctionnel, une relative fluctuation, avec tout de même progression au fur et à mesure des séances, témoignant d'une possibilité préservée d'apprentissage et de conditionnement. De plus, ce qui est ressorti, tant de la pratique que des données théoriques, c'est l'importance du temps d'échange et de communication, notamment non verbale. Ma grille d'évaluation de la séance de relaxation serait à modifier pour davantage prendre en compte cet aspect.

L'effet bénéfique peut se prolonger dans la ou les quelques heures suivant la séance mais ne semble pas générer un avantage à plus long terme sur le comportement. L'idée, employée par certaines psychomotriciennes que j'ai pu rencontrer, serait alors de proposer des séances plus régulières et de pouvoir agir au moment où survient la crise pour la contenir ou juste avant pour la prévenir. Cela va en faveur d'une augmentation du temps de psychomotricité dans les EHPAD : privilégier les temps pleins aux mi-temps.

Ce qui a pu être noté de manière significative pour les trois cas, c'est la diminution du retentissement émotionnel pour l'équipe et ce bien que le comportement n'ait diminué, ni en fréquence, ni en intensité. On peut poser l'hypothèse suivante : le fait que les soignantes aient pu parler des comportements difficiles de ces résidents, que grâce à la réflexion menée en équipe, elles aient pu mieux comprendre les raisons de ces manifestations, qu'on leur ait donné des stratégies de prise en charge, luttant ainsi contre le sentiment d'impuissance, a participé à une meilleure tolérance et une acceptation des troubles. Le temps d'analyse, de compréhension et d'élaboration du projet en équipe peut alors être à considérer comme un premier processus d'intervention, modifiant la perception subjective que chacun a du sujet.

Ainsi, dans l'intervention psychomotrice sur les troubles du comportement la dimension de relais à l'équipe est déterminante. En effet, le psychomotricien ne peut agir seul pour remédier à un comportement dysfonctionnel. Les soignantes sont, elles, présentes au quotidien auprès des résidents, leur sollicitation est fondamentale, tant pour mener à bien l'évaluation que dans leur participation au protocole de médiation pour obtenir des résultats positifs. L'HAS l'a clairement décrit. Toutefois, j'ai pu constater sur le terrain la difficulté que constitue ce relais. J'ai moi-même eu du mal à obtenir de manière systématique que les soignantes cotent les grilles que j'avais mises en place afin d'apprécier l'efficacité du travail effectué. J'ai eu aussi des difficultés à proposer des conseils dans la manière de prendre en charge les résidents, de répondre aux manifestations

comportementales afin de ne pas les renforcer...cela tenait certes à mon âge, à ma position de stagiaire, mais de manière générale il n'est pas aisé de tenir de tels propos. Il faut faire preuve de diplomatie, de pédagogie, pratiquer bien souvent l'art de la répétition, ne pas évoquer une supériorité de savoir-faire mais plutôt un questionnement et une expertise nouvelle et complémentaire pour analyser les comportements. Il faut sortir de sa salle, pouvoir échanger avec le personnel, proposer une relation d'aide. Il convient d'éviter le «corporatisme des mains dans le cambouis » (B. Coustès, 2011).

Pour instaurer une coopération, il faut apporter des bénéfices aux membres de l'équipe, améliorer le comportement et le bien-être du résident sans que cela ne leur coûte plus de temps et d'efforts sur le long terme. Par exemple, dans les concepts comme l'Humanitude, souvent les soignants évoquent une cadence qui ne permet pas une telle approche des soins, il faut alors faire comprendre que le temps passé à établir une bonne relation réduira les troubles et facilitera le soin en suivant. Pour obtenir une bonne observance des actions, il est également nécessaire de fixer des échéances précises.

Outre la relation avec l'équipe soignantes (AMP, ASG), il faut aussi trouver sa place par rapport à la psychologue et au gériatre coordinateur qui eux aussi font preuve d'une expertise sur les troubles psycho-comportementaux. Ce qui a été le plus difficile pour moi, c'est le positionnement par rapport au médecin et à la prescription chimique, celui-ci possède une expertise sur les traitements bien supérieure à nous, et il s'avère alors parfois délicat de défendre l'intérêt et l'efficacité de mesures non médicamenteuses face à un traitement. C'est pour cela que la psychomotricité doit être mise en place de manière rigoureuse et apporter la preuve du bénéfice de ses thérapeutiques. Il faut bien évidemment être conscient que les médicaments sont parfois une nécessité et qu'ils potentialisent les prises en charge, au contraire, comme cela a été le cas pour M. B., ils peuvent générer des comportements inadaptés. Ce cas nous illustre d'ailleurs le poids de la pharmacothérapie.

Globalement le travail des différents professionnels est complémentaire, la réalisation d'une analyse commune, chacun offrant son champ de compétence, permet d'apporter la réponse la plus pertinente et la plus complète possible aux troubles des résidents. Le travail d'équipe est un élément indispensable dans l'intervention sur les troubles du comportement perturbateur. La notion de place de chacun est bien moins présente quand les manifestations sont majeures et difficiles à gérer.

CONCLUSION

Ce mémoire en explorant ce que sont les troubles du comportement perturbateurs de la démence, et les interventions psychomotrices possibles tant en théorie qu'en pratique, a permis de mettre en évidence que le travail du psychomotricien possède, auprès de cette population, à la fois ses spécificités mais aussi des caractéristiques propres au champ de la profession.

En effet, en étudiant comment nous pouvons agir sur ces troubles, j'ai pu mieux appréhender ce qui a conduit à attribuer ce rôle aux psychomotriciens en EHPAD. Les troubles psycho-comportementaux sont le résultat d'une désadaptation du sujet à son environnement, l'atteinte neurodégénérative affectant les cognitions, les émotions, la conation se répercute sur l'activité psychomotrice du sujet. Le psychomotricien dispose de nombreux outils et médiations éprouvés avec d'autres populations pour prendre en charge les troubles du comportement, par exemple dans l'autisme, la déficience intellectuelle ou même le TDA/H. Il convient nécessairement de réaliser des ajustements relationnels et pratiques en tenant compte des difficultés propres à la démence.

La démarche entreprise en pratique peut être effectuée par les psychomotriciens dans d'autres types d'institutions, en particulier lorsque que les sujets présentent des troubles lourds et difficiles à gérer par l'équipe. Quand le passage par la cognition n'est pas pertinent, on va privilégier alors des approches comportementalistes ou basées sur les émotions et les perceptions. La réalisation d'une analyse fonctionnelle en équipe et d'un bilan psychomoteur, les adaptations de l'environnement humain et physique, la prise en charge spécifique et le relais aux aidants peuvent alors être proposés.

Enfin, rappelons pour conclure ce mémoire que celui-ci se voulait novateur faisant suite à une disposition toute récente de l'HAS et cherchant alors à la préciser. Cet écrit, sans être exhaustif, a pour but de proposer une démarche et un panel d'actions assez large afin de répondre à la nécessité de prise en soin comportementale et de guider l'intervention psychomotrice tout en tenant compte de l'hétérogénéité des troubles et de la spécificité de chacun des sujets. Ce mémoire ouvre ainsi un vaste chantier. Par la suite, il pourrait être intéressant d'approfondir davantage sur une médiation ou bien sur un type de trouble psycho-comportemental afin d'étudier plus précisément la mise en action et l'efficacité de chacune des interventions.

Ce travail de recherche, de réflexion et de validation de nos prises en charge est une nécessité pour asseoir l'importance de notre profession, dans le cadre du plan Alzheimer...et au-delà.

BIBLIOGRAPHIE :

OUVRAGES

Benois M-F, et collaborateurs. (2008) *Doc Gérontologie : Alzheimer et autres démences*. Revigny-sur-Ornain : doc édition.

Capian L. (2010) *Démence et Psychomotricité : Rôle du psychomotricien et validation pathologique de l'Examen Géronto-psychomoteur* (Mémoire) Institut de formation Toulouse.

Fabre-Mellini A. (2009) *L'intervention psychomotrice auprès des personnes âgées présentant des troubles du comportement et des troubles psycho-affectifs* In E. Trouvé (Ed), *Ergothérapie en gériatrie : approches cliniques* (pp. 125 à 157). Marseille : Solal  diteur.

Gineste Y., Pellissier J. (2007) *Humanité : comprendre la vieillesse et prendre soins des Hommes vieux*. Paris : Armand Colin.

Landreville P., Vézina J., Gosselin N. (2000) *Les comportements excessifs dans la démence*. In P. Cappeliez, P. Landreville, J. Vézina (Eds), *Psychologie clinique de la personne âgée* (pp. 127-150). Canada : Les presses de l'Université d'Ottawa.

Landreville P., Rousseau F., Vézina J., Voyer P. et collaborateurs (2005). *Symptômes comportementaux et psychologiques de la démence*. Canada : Edisem inc.

Lebert F. (2006) *Troubles psycho-comportementaux dans la maladie d'Alzheimer* In G. Demoures et D. Strubel (Eds), *Prise en soin du patient Alzheimer en institution* (pp 125-138). Issy-les Moulineaux : Masson.

Lehnhart G. (2001) * valuation des effets de la stimulation sensorielle par la méthode Snoezelen auprès des personnes âgées atteintes de démence* (Thèse). Faculté de médecine de Nancy.

Lesniewska HK (2003). *Alzheimer-Thérapie comportementale et art-thérapies en institution*. Paris : L'Harmattan.

Pelissier J. (2010) *Ces troubles qui nous troublent : Les troubles du comportement dans la maladie d'Alzheimer et les autres syndromes démentiels*. Paris :  ditions Eres.

Phaneuf M. (2007). *La maladie d'Alzheimer et la prise en charge infirmière*. Canada : Les  ditions de la Chenelière Inc.

Robert P. (2008) * valuation des symptômes psychologiques et comportementaux* In L. Hugonot-Diener, E. Barbeau, B. Michel, C. Thomas-Ant rion, P. Robert (Eds), *Gr moire: tests et échelle de la maladie d'Alzheimer et des syndromes apparentés* (pp. 247-298). Marseille : Solal Editeur.

Dr Tanguay A. (2009) *Démence, traitement comportemental, environnemental et pharmacologique* In A. Tanguay (Ed), *Alzheimer et diagnostic différentiels-évaluation et traitement-Manuel Didactique destiné au personnel soignant*. (pp. 119-183). Montréal : Editions Nouvelles AMS.

Tessier N. (2001) *Des personnes âgées et des pratiques*. In JM Albaret. et E. Aubert (Eds), *Vieillesse et psychomotricité* (pp. 231-243). Marseille : Solal Editeur.

Von Gunten A., Küng A., Camus V. (2004) *Prise en charge globale et thérapies actuelles de la démence de type Alzheimer* In Schenk, Leuba, Büla (Eds), *Du vieillissement cérébral à la maladie d'Alzheimer* (pp. 263-290). Bruxelles : Éditions de Boeck Université.

Ylief M., Gyselynck - Mambourg A.M (1989) *Approche comportementale des états démentiels de la vieillesse* In O. Fontaine, J. Cottraux, R. Ladouceur (Eds), *Cliniques de thérapie comportementale* (pp. 185- 201). Bruxelles : Pierre Mardaga.

ARTICLES

Andreeva V, et al. (2010) « Snoezelen » ou les effets de la stimulation multisensorielle sur les troubles du comportement chez les personnes âgées démentes à un stade avancé. *NPG Neurologie – Psychiatrie – Gériatrie, La revue du vieillissement cérébral*.

Camus V. et al. (2009) Symptômes comportementaux et psychologiques des démences : aspects cliniques. *Annales Médico-Psychologiques*, n°167, 201-205.

Dröes R.-M. Van Tilburg W. (1996) Amélioration du comportement agressif par des activités psychomotrices. *L'année gériatrique*, 1996, 471-482.

Gardette V., Coley N. et al. (2010) Les traitements non pharmacologiques : une approche différente de la MA. *La Revue canadienne de la maladie d'Alzheimer et autres démences*, Vol 13, n°3, 13-22.

Koskas P, et al. (2010) Expérience d'une unité pilote (unité cognitivocomportementale) spécialisée dans la prise en charge des symptômes comportementaux et psychologiques de la démence. *Revue neurologique*.

Lebert F. (2003) La gestion et la prise en charge des troubles du comportement dans la maladie d'Alzheimer. *La revue de Gériatrie*, Tome 28, n°1, 37-42.

Malaquin-Pavan E. (1997) Bénéfice thérapeutique du toucher-massage dans la prise en charge globale de la personne âgée démente. *Recherche en soins infirmiers*, n°49, 12-56.

Pancrazi M.-P. Metals P. (2005) Maladie d'Alzheimer, diagnostic des troubles psychologiques et comportementaux. *La presse médicale*, tome 34 n°3, 661-665.

Robert P-H. Deudon A. et al.(2009) Prise en charge non pharmacologique des troubles du comportement dans la maladie d'Alzheimer. *Annales Médico-Psychologiques*, n°167, 215-218.

Rousseau T., Métivier K. (2007) L'imitation utilisée pour canaliser l'agitation dans la démence de type Alzheimer. *NPG (Neurologie-Psychiatrie-Gériatrie)* n° d'octobre, 31-40.

Soto M.E., Arbus C., Guerin O., Benoit M., Robert P., Vellas B. (2006) Troubles du comportement et maladie d'Alzheimer : cas cliniques. *L'année gériatrique 2006*, 367-377.

Successful Aging Database à la demande de IPRIM (2008) Évaluation de la méthodologie de soin Gineste-Marescotti, dite « Humanitude », lors de formations in situ. *Actes colloque Paris*.

Wenisch et al. (2004) Méthode de prise en charge globale non médicamenteuse des patients déments institutionnalisés. *Rev Neurol (Paris)*, n°161, 290-298.

COURS DACTYLOGRAPHIÉS (3^e année de formation en psychomotricité-)

Coustès B. (2011) *Travail dans le monde du handicap mental*.

Martin E. (2010) *Aspects psychomoteurs du vieillissement pathologique*.

Dr Peiffer, (2011) *Symptômes psychologiques et comportementaux au cours de la démence*.

SITES INTERNET

Textes et recommandations officiels :

Publication de la Haute Autorité de Santé téléchargeables en ligne : <http://www.has-sante.fr/>

- Prise en charge de la maladie d'Alzheimer et des maladies apparentées : interventions médicamenteuses et non médicamenteuses - Synthèses des recommandations professionnelles - Mars 2008.
- Maladie d'Alzheimer et maladies apparentées : prise en charge des troubles du comportement perturbateurs. Argumentaire - Mai 2009 - Services des bonnes pratiques professionnelles.
- Actes d'ergothérapie et de psychomotricité susceptibles d'être réalisés pour la réadaptation à domicile des personnes souffrant de la maladie d'Alzheimer ou d'une maladie apparentée Le plan Alzheimer - Janvier 2010.

Direction Générale de l'action sociale : <http://www.solidarite.gouv.fr/champ-social,899/direction-generale-de-l-action,1871/>

- Pratiques de soins en établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes - Quelques recommandations - Octobre 2007 - (Société Française de Gériatrie et Gérontologie).
- Cahier des charges relatif aux PASA et UHR pour une prise en charge adaptée en EHPAD et en USLD des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer ou d'une maladie apparentée et présentant des troubles du comportement.

Plan Alzheimer 2008/2012 : <http://www.plan-alzheimer.gouv.fr/>

- Mesure 6 : Renforcement du soutien à domicile en favorisant l'intervention de personnels spécialisés.
- Mesure 16 : Création ou identification, au sein des EHPAD, d'unités adaptées pour les patients souffrant de troubles comportementaux.
- Mesure 20 : Un plan de développement de métiers et de compétences spécifiques pour la maladie d'Alzheimer.
- Mesure 22 : Développement de la recherche clinique sur la maladie d'Alzheimer et amélioration de l'évaluation des thérapies non-médicamenteuses.

IPA (Association Internationale de Psychogériatrie) : Programme de formation sur les SCPD - Différents modules disponibles en lignes : <http://www.ipa-online.org>
Module 1 : présentation, Module 2 : enjeux cliniques, Module 3 : étiologie, Module 4 : traitements non pharmacologiques, Module 5 : prise en charge, Module 6 : rôle des aidants, Module 7 : considération interculturelle et transnationale.

Méta-analyses – Site de la Cochrane Collaboration : <http://www.cochrane.org/cochrane-reviews>

Groupe d'Édition: Dementia and Cognitive Improvement Group.

- Neal M, Barton Wright P. -Validation therapy for dementia. Cochrane Database of Systematic Reviews, 2003.
- Chung JCC, Lai CKY. Snoezelen for dementia. Cochrane Database of Systematic Reviews, 2002
- Hansen NV, Jørgensen T, Ørtenblad L. Massage and touch for dementia. Cochrane Database of Systematic Reviews, 2006.
- Forbes D., Forbes S., Morgan D.G., Markle-Reid M., Wood J., Culum I. Physical activity programs for persons with dementia. Cochrane Database of Systematic Reviews, 2008.
- Spector A., Orrell M., Davies S. and coll-withdrawn : Reality orientation for dementia-Cochrane Database of Systematic Reviews, 2000.

Ressources vidéo: <http://www.isrp.fr/fr/articles>

Films des interventions lors des soirées de la Géro-psycho-motricité - Septembre et Mai 2010 - ISRP (Institut Supérieur de Rééducation Psychomotrice - Paris).

- Claire Sautereau : *Snoezelen et Gériatrie.*
- Manuel Cerioli : *Les troubles psycho-comportementaux.*

TABLE DE MATIÈRE DES ANNEXES

ANNEXE I : Étiologie neurobiologique des troubles psycho-comportementaux

ANNEXE II : L'évaluation des SCPD : la démarche ou arbre décisionnel

ANNEXE III : L'analyse fonctionnelle d'un trouble du comportement perturbateur

ANNEXE IV : Grille de cotation du NPI/ES (version équipe soignante)

ANNEXE V : L'échelle d'agitation de Cohen-Mansfield (CMAI)

ANNEXE VI : Grille d'analyse fonctionnelle (trame vide)

ANNEXE VII : Grille d'analyse fonctionnelle complétée (exemple: cas de Mme T.)

ANNEXE VIII : Trame du bilan psychomoteur adapté

ANNEXE IX : Grille d'évaluation de l'état de détente (trame vide)

ANNEXE X : Grille d'évaluation de l'état de détente complétée (exemple:une séance avec Mme S.)

ANNEXE XI : Complément d'aide pour évaluer l'état de détente

ANNEXES XII : NPI/ES de Mme S. (avant et après la prise en soin comportementale)

ANNEXE XIII : NPI/ES de Mme T. (avant et après la prise en soin comportementale)

ANNEXE XIV : NPI/ES de M. B. (avant et après la prise en soin comportementale)

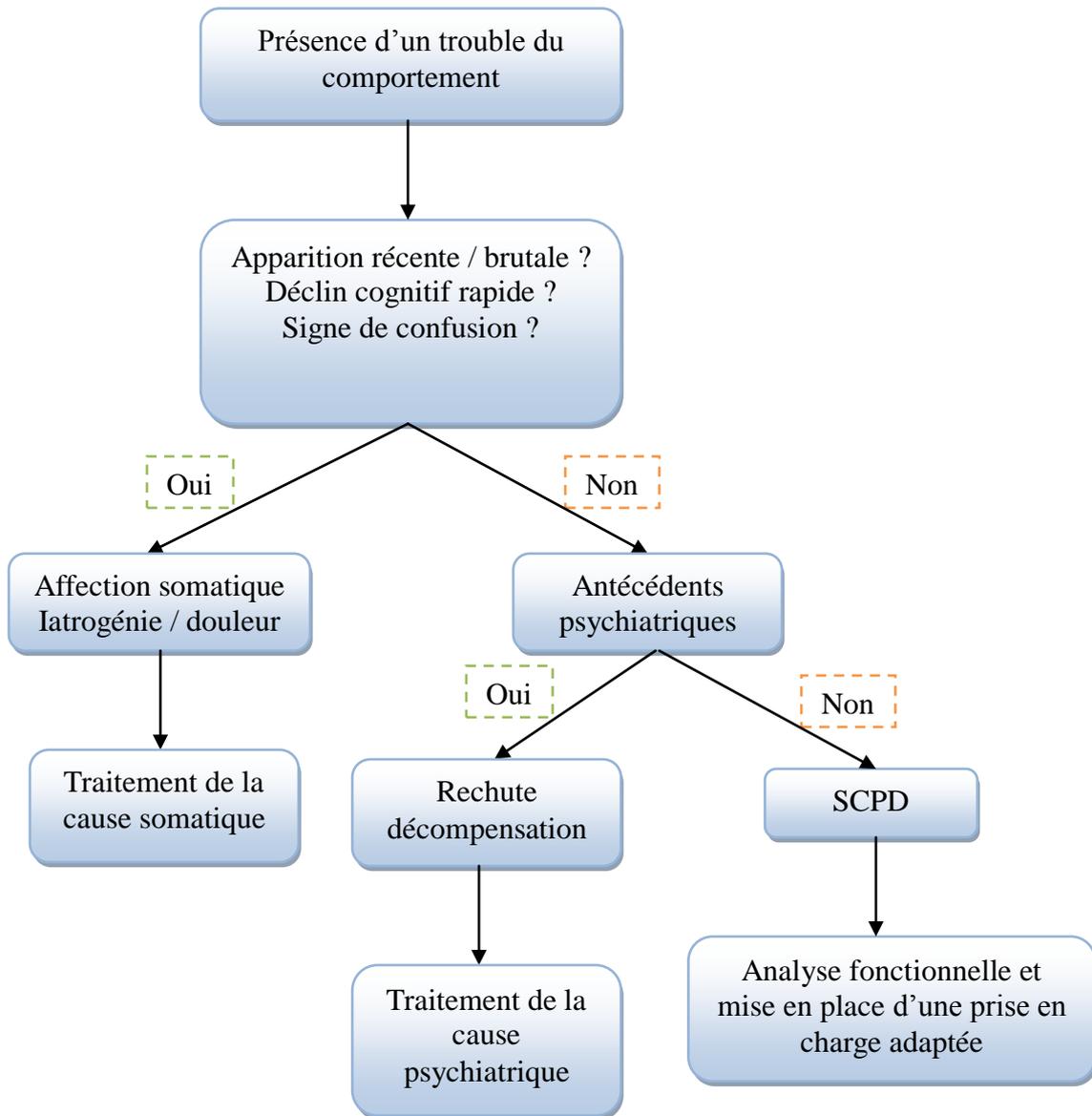
ANNEXE XV : Fiche de suivi de M. B.

ANNEXES :

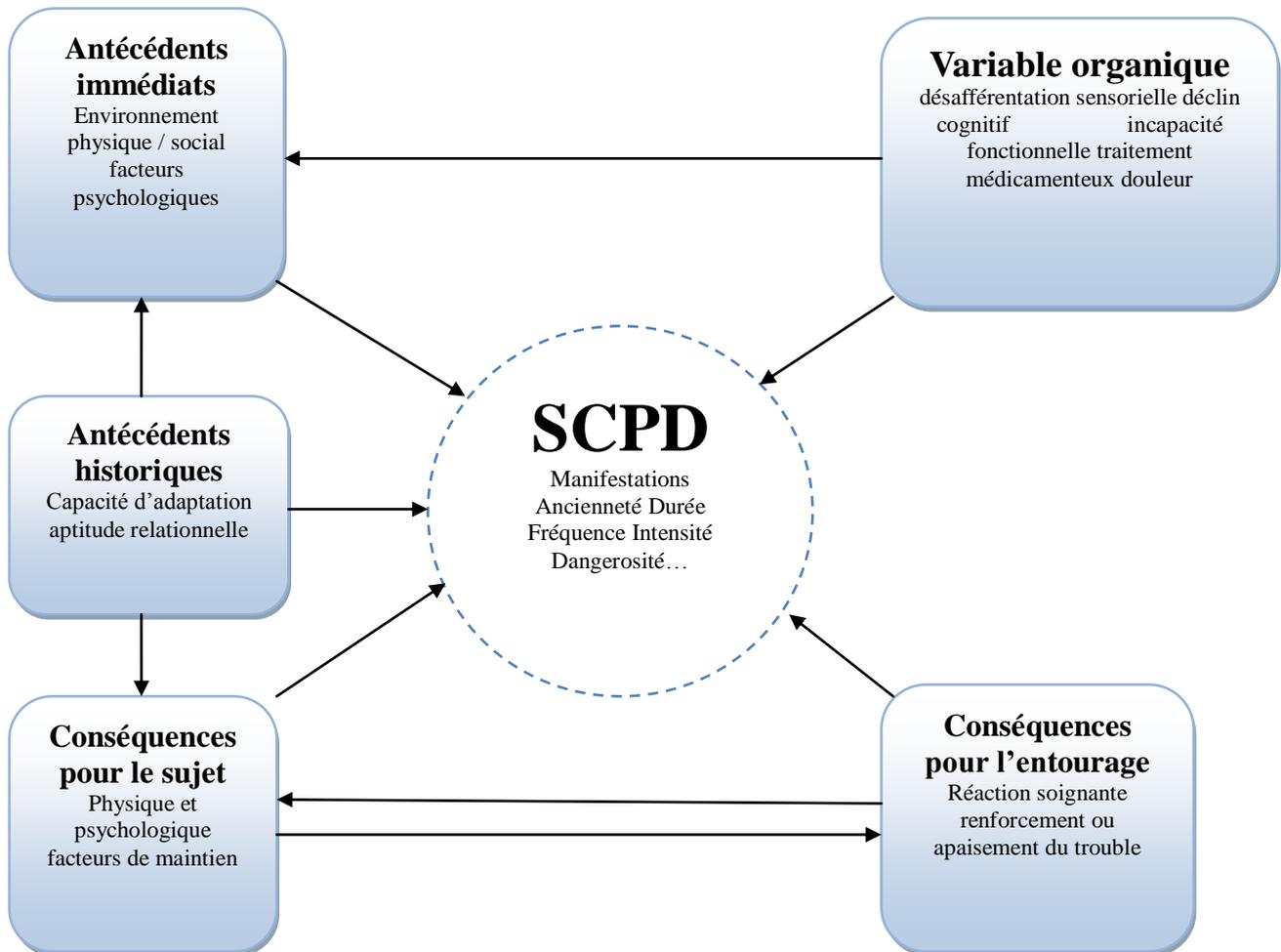
ANNEXE I : Étiologie neurobiologique des troubles psycho-comportementaux

Symptômes	Sièges des lésions cérébrales	Biologie
<u>Agitation/Agressivité</u>	Cortex temporal antérieur G Cortex frontal dorsolatéral D et G	acide gamma-aminobutyrique récepteur 5-HT Noradrénaline, sérotonine
<u>Comportement répétitif</u>	Frontal	Hypersensibilité dopaminergique
<u>Déambulations</u>	Orbitofrontal	Sérotonine- Réduction cholinergique
<u>Délire</u>	Gyrus temporal inférieur gauche Région occipitale médiane	Acétylcholine, dopamine Balance dopamino- cholinergique
<u>Hallucinations</u>	Cortex temporal inférieur Lobeoccipital	Balance dopamino- cholinergique
<u>Labilité émotionnelle</u>	Fronto-temporal	Balance dopamino- cholinergique
<u>Dépression</u>	Locus Coeruleus	Noradrénaline, sérotonine
<u>Apathie</u>	Pré-Frontale et gyrus cingulaire	Noradrénaline, acétylcholine
<u>Troubles du rythme</u>	Noyau supra-chiasmatique	?
<u>Troubles sexuels</u>	Temporal	?

ANNEXE II : L'évaluation des SCPD : la démarche ou arbre décisionnel



ANNEXE III : L'analyse fonctionnelle d'un trouble du comportement perturbateur



ANNEXE IV : Grille de cotation du NPI/ES (version équipe soignante)

INVENTAIRE NEUROPSYCHIATRIQUE NPI/ES

Nom: _____ Age: _____ Date de l'évaluation: _____

Fonction de la personne interviewée:

Type de relation avec le patient :

Très proche/ prodigue des soins quotidiens;

proche/ s'occupe souvent du patient;

pas très proche/ donne seulement le traitement ou n'a que peu d'interactions avec le patient

NA - question inadaptée (non applicable) F x G = Fréquence x Gravité

Items	NA	Absent	Fréquence	Gravité	F x G	Retentissement
Idées délirantes	X	0	1 2 3 4	1 2 3	[]	1 2 3 4 5
Hallucinations	X	0	1 2 3 4	1 2 3	[]	1 2 3 4 5
Agitation/Agressivité	X	0	1 2 3 4	1 2 3	[]	1 2 3 4 5
Dépression/Dysphorie	X	0	1 2 3 4	1 2 3	[]	1 2 3 4 5
Anxiété	X	0	1 2 3 4	1 2 3	[]	1 2 3 4 5
Exaltation de l'humeur/ Euphorie	X	0	1 2 3 4	1 2 3	[]	1 2 3 4 5
Apathie/Indifférence	X	0	1 2 3 4	1 2 3	[]	1 2 3 4 5
Désinhibition	X	0	1 2 3 4	1 2 3	[]	1 2 3 4 5
Irritabilité/Instabilité de l'humeur	X	0	1 2 3 4	1 2 3	[]	1 2 3 4 5
Comportement moteur aberrant	X	0	1 2 3 4	1 2 3	[]	1 2 3 4 5
Score total 10					[]	
<i>Changements neurovégétatifs</i>						
Sommeil	X	0	1 2 3 4	1 2 3	[]	1 2 3 4 5
Appétit/Troubles de l'appétit	X	0	1 2 3 4	1 2 3	[]	1 2 3 4 5
Score total 12					[]	

ANNEXE V : L'échelle d'agitation de Cohen-Mansfield (CMAI)

Echelle de Cohen-Mansfield

Cohen-Mansfield Agitation Inventory - CMAI

Nom et prénom du patient: Date:

Nom du référent: (conjoint - enfant - soignant - autre)

	0	1	2	3	4	5	6	7
AGITATION PHYSIQUE NON AGRESSIVE								
1 - Cherche à saisir								
2 - Déchire les affaires								
3 - Mange des produits non comestibles								
4 - Fait des avances sexuelles ou physiques								
5 - Déambule								
6 - S'habille, se déshabille								
7 - Attitudes répétitives								
8 - Essaie d'aller ailleurs (lugues)								
9 - Manipulation non conforme des objets								
10 - Agitation généralisée								
11 - Recherche constante d'attention								
12 - Cache les objets								
13 - Amasse les objets								
Sous-score								
AGITATION VERBALE NON AGRESSIVE								
14 - Répète des questions, des phrases								
15 - Se plaint								
16 - Emet des bruits bizarres								
17 - Fait des avances sexuelles verbales								
Sous-score								

	0	1	2	3	4	5	6	7
AGITATION + AGRESSIVITÉ PHYSIQUE								
18 - Donne des coups								
19 - Bouscule								
20 - Mord								
21 - Crache								
22 - Donne des coups de pied								
23 - Griffes								
24 - Se blesse, blesse les autres								
25 - Tombe volontairement								
26 - Lance des objets								
Sous-score								
AGITATION + AGRESSIVITÉ VERBALE								
27 - Jure								
28 - Est opposant								
29 - Pousse des hurlements								
Sous-score								
TOTAL								
0 - non évaluable								
1 - jamais								
2 - moins d'une fois par semaine à plusieurs fois par jour								
3 - une à deux fois par semaine								
4 - quelquefois au cours de la semaine								
5 - une à deux fois par jour								
6 - plusieurs fois par jour								
7 - plusieurs fois par heure								

ANNEXE VI : Grille d'analyse fonctionnelle (trame vide)

Analyse fonctionnelle du trouble du comportement - Psychomotricité

Nom du résident :

Type de trouble :

Description du trouble :

Manifestations observables :

Lieu : Moment :

Survenue (historique) : brutale progressive / récente ancienne

Fréquence* : quelques fois assez souvent fréquemment très fréquemment

(* : NPI) réactionnel ponctuel permanent

Gravité* : léger moyen important

Signes précurseurs : fermeture vocalisation agitation physique CNV

Durée du comportement : quelques minutes < 30 min > 30 min

Dangerosité : pour lui pour autrui léger moyen important

Perturbation émotionnelle soignant* : minimum légère modérée sévère très sévère

Répercussions:	Absence du trouble	Perturbe l'activité	Interdit l'activité	fluctuant
Sur les animations				
Sur les soins				
Sur le relationnel				
Autres éléments :				

Variables organiques :

Diagnostic démentiel/atteintes cérébrales connues :

Pathologie en cours : oui non la(les)quelle(s) :

Traitement :

	Pas / peu intense	Moderé(e)	Important(e)
Douleur			
Déficit sensoriel : vision			
Déficit sensoriel : audition			

Niveau cognitif (MMS) :/30 Dégradation : rapide progressive

Niveau de dépendance (ADL) :/30 Dégradation : rapide progressive

Antécédents immédiats :

Humains :	Environnementaux :	Psychologiques :
attitude	changement.....	peur.....
soignants/résidents <input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/>	surcharge/.....	incompréhension/frustration <input type="checkbox"/>
conflit.....	pauvreté sensorielle.....	douleur.....
mise en échec.....	désorientation.....	ennui.....
isolement.....	autres :	besoin/demande.....
autres :		autres :

Analyse:.....

Antécédents personnels :

Pathologie psychiatrique : oui non la(les)quelle(s) :

Réaction au stress : adaptée excessive fermeture.....

Aptitude relationnelle : bonne conflit isolement.....

Autres :

Conséquence pour le sujet :

Physique : fatigue chute douleur à risque

Psychologique : repli apaisement déni frustration / colère

autres :

Conséquences pour l'entourage/Réactions :

Réaction	Soignants :	Résidents :
<input type="checkbox"/> réprimande	<input type="checkbox"/> raisonnement	<input type="checkbox"/> agressivité <input type="checkbox"/> peur
<input type="checkbox"/> réconfort	<input type="checkbox"/> distraction	<input type="checkbox"/> incompréhension <input type="checkbox"/> réconfort
<input type="checkbox"/> isolement	<input type="checkbox"/> contention	<input type="checkbox"/> indifférence <input type="checkbox"/> agitation
<input type="checkbox"/> anticipation besoins <input type="checkbox"/> peur	<input type="checkbox"/> adaptation communication	
<input type="checkbox"/> adaptation communication	autres/proposition :	autres :
Répercussion sur le trouble	<input type="checkbox"/> apaisé <input type="checkbox"/> inchangé <input type="checkbox"/> aggravé	<input type="checkbox"/> apaisé <input type="checkbox"/> inchangé <input type="checkbox"/> aggravé

ANNEXE VIII : Trame du bilan psychomoteur adapté

BILAN PSYCHOMOTEUR ADAPTÉ

Nom :

Prénom :

Date de naissance / Âge :

Date d'entrée en institution :

Date du bilan :

Renseignements médicaux :

Diagnostic démentiel/atteintes cérébrales :

Pathologies somatiques :

Diagnostic psychiatrique :

Atteintes ostéo-articulaires/douleurs :

Perception sensorielle :

Appareillage :

Traitement :

Retentissement psychomoteur des douleurs :

Renseignements personnels / Histoire de vie :

Profession, niveau d'études :

Situation familiale/sociale :

Entourage actuel :

Centres d'intérêt/activités (antérieurs et actuels) :

Autres/particularités :

Compréhension et expression :

Présentation : Serre main dit « bonjour » répond à son nom retient notre nom

Expression verbale : adapté/cohérent incohérent non existante

Expression non verbale : contact et poursuite visuels mimique faciale gestuelle

Compréhension : bonne faible nulle

Maintien écoute, attention : impossible limité satisfaisant durée.....

Mémoire / Orientation / Fonctions exécutives :

MMS: / 30 démenée légère démenée modérée démenée sévère NA

ERFC orientation temporo spatiale/8 répétition/2

attention et mémoire(+ indice)...../10 ordre écrit/1

calcul mental/2 fluidité verbale/4

raisonnement/5 praxies/6

compréhension/5 décodage visuel. /1

dénomination/gnosies/4 écriture. /1

Total:

Connaissance : date de naissance jours mois saisons dans le désordre

Référentiels spatiaux (EGP) : devant derrière haut bas droite gauche

Lecture (EGP) : Oui non avec difficulté police:

Écriture: nom/prénom/date de naissance (EGP) : Oui non avec difficulté

Gnosie : reconnaît : Son image (miroir) Les visages Les couleurs Les formes

Les chiffres L'heure Les images Les objets + usage NA

Tonus, posture et mouvements :

Posture : droite légèrement fléchie cyphose penché d'un coté D ou G très anormale

	poignet	coude	épaule	cheville	genou	hanche
Mobilisation passive (EGP/ballant)						
Mobilisation active (EGP/marionnettes)						

Tonus de fond : adapté hyper/hypotonie / roue dentée anticipation amplitude limitée

Tonus d'action : adapté amplitude limitée syncinésies raideur asymétrie

Coordination (épreuve doigt-nez) : normale bradykinésie hypokinésie dyschronométrie

hypermétrie hypométrie asynergie

Tremblements : absents de repos d'action - localisation.....

Amplitude/fréquence : légère modérée importante

Lance un ballon: oui non Attrape un ballon: oui non Shoote dans un ballon: oui non

Motricité fine (EGP) : dé/boutonnage : / dé/pianotage : / attraper une pièce

Latéralité : Droite Gauche

Sensorialité / perception :

Sens haptique (EGP) : matière (hylgnosie) forme (stéréognosie)

Chanson (EGP) : reconnaît fredonne chante NA

Reproduction rythme (EGP) : 2 3 4 NA

Réaction à la stimulation sensorielle : Fuite raidissement angoisse acceptation plaisir

Réaction au toucher/mobilisation : Fuite raidissement angoisse acceptation plaisir

Expression de douleur : plaintes mimiques protection de zone lors de mobilisation

sur sollicitation occasionnelle souvent continue rare

Schéma corporel :

Montre sur lui (EGP) :

cheveux paume cheville cuisse coude oreille nuque ventre paupière NA

Dénomme (EGP) :

mollet bras genou cheveux pouce bouche talon dos dents NA

Reproduction de mouvements (EGP) : 'circulation' 'chapiteau' 'repos' 'danseuse'

Praxies et Capacité d'imitation :

Praxies idéomotrices : (Bergès Lézine) : GS(mains)...../10 GS(bras)...../10 GC:...../16 NA

miroir persévération limitation ostéo articulaire

Gestes symboliques (EGP) : spontanés sur demande sur imitation incorrects NA

Praxie idéatoire (manotourne+couvert) : correcte partielle incorrecte NA

Globalement imitation : préservée, outil de communication partielle, fluctuante absente

Marche et équilibre :

Marche : seul avec une canne avec un déambulateur fauteuil roulant quelques pas avec

une personne alité orienté sur trajet habituel (EGP)

Périmètre de marche : mètres pas appui douleurs

Réaction de protection : assis debout

Adaptation posturale : attraper assis attraper d'about transfert de poids

Chutes : Aucune rare occasionnelle plusieurs par semaine tous les jours

pluriquotidienne

Comportement à risque :

Peur de chuter :

Tinetti : équilibre statique équilibre dynamiqueNA

Maintien station unipodale : D..... G NA

Globalement, risque de chute: limité modéré important très important

Autonomie :

GIR :

IADL : Continence 1/2/3/4/5 Alimentation 1/2/3/4/5 Habillement 1/2/3/4/5

Soins Personnels 1/2/3/4/5 Mobilité 1/2/3/4/5 Toilette 1/2/3/4/5

Socialisation :

Participe aux activités : spontanément sur sollicitation jamais fluctuant

Difficultés : compréhension attention comportement grabatisation

Échange avec les autres résidents : spontanément sur sollicitation jamais fluctuant

Échange avec le personnel : spontanément sur sollicitation jamais fluctuant

Comportement :

Globalement, comportement pendant le bilan : Opposant Réticent Conciliant Fluctuant

Signes d'anxiété:

Score NPI : .../144

Score CMAI : .../ 60

ANNEXE IX : Grille d'évaluation de l'état de détente (trame vide)

Nom du résident :

Jour/ Heure / durée de l'activité :

Déroulement de la séance :

	0	1	2	NP	Observations
Intensité du problème ce jour					
État d'agitation avant la séance					
Adhésion à la proposition de séance					
Attention/Participation					
Posture/ Diminution des mouvements					
Diminution des vocalisations					
Diminution du(des) comportement(s) dysfonctionnel(s)					
Relâchement des membres					
Visage détendu					
Fermeture de yeux					
Somnolence/Endormissement					
Modification de la respiration					
Verbalisation de la détente					
Communications non verbales					
Temps avant le retour du comportement					
Intensité de ce comportement après la séance					

0 limité(e)

1 modéré(e)

2 important(e)

0 pas d'effet de la relaxation

1 effet partiel

2 effet significatif

NP : non pertinent au vu des aptitudes du patient.

ANNEXE X : Grille d'évaluation de l'état de détente complétée (exemple : une séance avec Mme S.)

Nom du résident : Mme S.
 Jour/Heure / durée de l'activité : 23/03/2014 - 16h40 - 20 min
 Déroulement de la séance : Mobilisations passives - balles à picots - pressions - mobilisations - reprise

	0	1	2	NP	Observations
Intensité du problème ce jour			X		altercation avec Mme L. après le déjeuner.
État d'agitation avant la séance		X			dans le salon - "épée"
Adhésion à la proposition de séance			X		m'invite déjà à venir quand elle me croise le matin "amicalement"
Attention/Participation		X			fluctuant au cours de la séance
Posture/ Diminution des mouvements		X			conduite exploratoire par intermittence
Diminution des vocalisations			X		diminution "grogements" et rires
Diminution du(des) comportement(s) dysfonctionnel(s)			X		très bonne acceptation de ma présence attitude reste brusque
Relâchement des membres		X			perceptible à la manipulation
Visage détendu			X		diminution du mouvement de mâchoires
Fermeture de yeux		X			par intermittence - surtout quand balle à picot au niveau de la tête et de la nuque
Somnolence/Endormissement	X				moins bruyante
Modification de la respiration		X			
Verbalisation de la détente				X	apprécie la relation - CUV très positive. échange ++
Communications non verbales		X			la soirée se passe au calme. Mme S. reste isolée.
Temps avant le retour du comportement			X		absent
Intensité de ce comportement après la séance	X				

"score de détente" = 12

- 0 limité(e)
 1 modéré(e)
 2 important(e)
- 0 pas d'effet de la relaxation
 1 effet partiel
 2 effet significatif
- NP : non pertinent au vu des aptitudes du patient.

ANNEXE XI : Complément d'aide pour évaluer l'état de détente

Domaines/Items	Pas d'effet de la relaxation (0)	Effet de la relaxation - Partiel (1) à significatif (2) selon l'importance de ces manifestations de détente
Posture/ Diminution des mouvements	Changement de position sur la chaise, mouvements de la tête (hochement, dodelinement), des membres, manipulations...	Corps dans axe, symétrique, repose contre dossier, pas de mouvements du thorax, de la région abdominale, des hanches, des jambes ou des bras...
Diminution des vocalisations	Présence de vocalisations ce qui inclut paroles, soupirs, grognements, bruits nasaux, toux, rires, reniflements...	Diminution ou absence de bruits/ sons.
Diminution du (des) comportement (s) dysfonctionnel (s)	Comportement toujours présent.	S'atténue voire disparaît.
Relâchement des membres	Hypertonie importante, rigidité, accompagnement des mobilisations passives, main et doigt serrés, pieds très serrés ou croisés, tremblements, secousses musculaires...	Relâchement progressif, lâcher prise, mains en griffes et pieds modérément écartés, absence de tremblements, ou mouvements...
Visage détendu	Lèvres fermées, dents serrées ou bouche ouverte, mouvements de langue, déglutition importante, crispation des muscles du visage, du cou, mouvements notables de la gorge, tics musculaires, plissements, hyper-salivation...	Lèvres légèrement disjointes, dents desserrées, visage détendu, absence de déglutition et autres mouvements, bâillements...
Fermeture des yeux	Yeux ouverts ou fermés mais plissés, avec frémissements palpébraux, regard orientés vers stimuli extérieurs...	Yeux fermés, paupières lisses, larmolement...
Somnolence/Endormissement	Éveil franc.	La personne s'assoupit.
Modification de la respiration	Fréquence égale ou plus élevée que la ligne de base, irrégularité, bruits nasaux qui perturbent le rythme...	Rythme plus bas que la ligne de base, moins d'irrégularités.
Verbalisation de la détente	Absence de verbalisation ou verbalisation négative/plaintes (tenir compte d'une éventuelle dysphasie)	Verbalisation positive sur le ressenti, l'apaisement, le bien être - noter le contenu, la cohérence...
Communications non verbales	Amimie ou communication négative : gestes brusques, refus du contact, visage fermé...	Recherche de communication avec le thérapeute : regard, mimique, sourire, imitation, réduction de la distance, contact...

ANNEXES XII : NPI/ES de Mme S. (avant et après la prise en soin comportementale)

**INVENTAIRE NEUROPSYCHIATRIQUE
NPI/ES**

Nom: Mme S. Age: 84 ans Date de l'évaluation: 5/01/2014

Fonction de la personne interviewée: AMP Type de relation avec le patient: Très proche
 Très proche/ prodigue des soins quotidiens;
 proche/ s'occupe souvent du patient;
 pas très proche/ donne seulement le traitement ou n'a que peu d'interactions avec le patient;
 NA = question inadaptée (non applicable) F x G = Fréquence x Gravité

Items	NA	Absent	Fréquence	Gravité	F x G	Retentissement
Idees delirantes	X	0	1 2 3 4	1 2 3		1 2 3 4 5
Hallucinations	X	0	1 2 3 4	1 2 3		1 2 3 4 5
Agitation/Agressivité	X	0	1 2 3 4	1 2 3	1 2	1 2 3 4 5
Depression/Dysphorie	X	0	1 2 3 4	1 2 3		1 2 3 4 5
Anxiété	X	0	1 2 3 4	1 2 3		1 2 3 4 5
Exaltation de l'humeur/ Euphorie	X	0	1 2 3 4	1 2 3	3	1 2 3 4 5
Apathie/Indifférence	X	0	1 2 3 4	1 2 3		1 2 3 4 5
Désinhibition	X	0	1 2 3 4	1 2 3	8	1 2 3 4 5
Irritabilité/Instabilité de l'humeur	X	0	1 2 3 4	1 2 3	8	1 2 3 4 5
Comportement moteur aberrant	X	0	1 2 3 4	1 2 3	3	1 2 3 4 5
Score total 10						34
<i>Changements neurovégétatifs</i>						
Sommeil	X	0	1 2 3 4	1 2 3		1 2 3 4 5
Appétit/Troubles de l'appétit	X	0	1 2 3 4	1 2 3		1 2 3 4 5
Score total 12						34

**INVENTAIRE NEUROPSYCHIATRIQUE
NPI/ES**

Nom: Mme S. Age: 84 ans Date de l'évaluation: 13/04/2014

Fonction de la personne interviewée: ATP Type de relation avec le patient: Très proche
 Très proche/ prodigue des soins quotidiens;
 proche/ s'occupe souvent du patient;
 pas très proche/ donne seulement le traitement ou n'a que peu d'interactions avec le patient;
 NA = question inadaptée (non applicable) F x G = Fréquence x Gravité

Items	NA	Absent	Fréquence	Gravité	F x G	Retentissement
Idees delirantes	X	0	1 2 3 4	1 2 3		1 2 3 4 5
Hallucinations	X	0	1 2 3 4	1 2 3		1 2 3 4 5
Agitation/Agressivité	X	0	1 2 3 4	1 2 3	1 2	1 2 3 4 5
Depression/Dysphorie	X	0	1 2 3 4	1 2 3		1 2 3 4 5
Anxiété	X	0	1 2 3 4	1 2 3		1 2 3 4 5
Exaltation de l'humeur/ Euphorie	X	0	1 2 3 4	1 2 3	3	1 2 3 4 5
Apathie/Indifférence	X	0	1 2 3 4	1 2 3		1 2 3 4 5
Désinhibition	X	0	1 2 3 4	1 2 3	8	1 2 3 4 5
Irritabilité/Instabilité de l'humeur	X	0	1 2 3 4	1 2 3	6	1 2 3 4 5
Comportement moteur aberrant	X	0	1 2 3 4	1 2 3	3	1 2 3 4 5
Score total 10						32
<i>Changements neurovégétatifs</i>						
Sommeil	X	0	1 2 3 4	1 2 3		1 2 3 4 5
Appétit/Troubles de l'appétit	X	0	1 2 3 4	1 2 3	2	1 2 3 4 5
Score total 12						34

ANNEXE XIII : NPI/ES de Mme T. (avant et après la prise en soin comportementale)

**INVENTAIRE NEUROPSYCHIATRIQUE
NPI/ES**

Nom: Mme T. Age: 84 ans Date de l'évaluation: 5/01/2011

Fonction de la personne interviewée: ASG

Très/proche/ prodigue des soins quotidiens:

proche/ s'occupe souvent du patient;

pas très/proche/ donne seulement le traitement ou n'a que peu d'interactions avec le patient;

NA = question inadaptée (non applicable) F x G = Fréquence x Gravité

Type de relation avec le patient: très proche

Items	NA	Absent	Fréquence	Gravité	F x G	Retentissement
Idées délirantes	<input checked="" type="checkbox"/>	0	1 2 3 4	1 2 3		1 2 3 4 5
Hallucinations	<input type="checkbox"/>	0	1 2 3 4	1 2 3		1 2 3 4 5
Agitation/Agressivité	<input type="checkbox"/>	0	1 2 3 4	1 2 3	12	1 2 3 4 5
Dépression/Dysphorie	<input type="checkbox"/>	0	1 2 3 4	1 2 3		1 2 3 4 5
Anxiété	<input type="checkbox"/>	0	1 2 3 4	1 2 3		1 2 3 4 5
Exaltation de l'humeur/ Euphorie	<input type="checkbox"/>	0	1 2 3 4	1 2 3		1 2 3 4 5
Apathie/Indifférence	<input type="checkbox"/>	0	1 2 3 4	1 2 3	8	1 2 3 4 5
Désinhibition	<input type="checkbox"/>	0	1 2 3 4	1 2 3		1 2 3 4 5
Irritabilité/Instabilité de l'humeur	<input type="checkbox"/>	0	1 2 3 4	1 2 3	6	1 2 3 4 5
Comportement moteur aberrant	<input type="checkbox"/>	0	1 2 3 4	1 2 3		1 2 3 4 5
Score total 10					26	
<i>Changements neurovégétatifs</i>						
Sommeil	<input type="checkbox"/>	0	1 2 3 4	1 2 3	9	1 2 3 4 5
Appétit/Troubles de l'appétit	<input type="checkbox"/>	0	1 2 3 4	1 2 3		1 2 3 4 5
Score total 12					35	

**INVENTAIRE NEUROPSYCHIATRIQUE
NPI/ES**

Nom: Mme T. Age: 84 ans Date de l'évaluation: 13/01/2011

Fonction de la personne interviewée: ASG

Très/proche/ prodigue des soins quotidiens:

proche/ s'occupe souvent du patient;

pas très/proche/ donne seulement le traitement ou n'a que peu d'interactions avec le patient;

NA = question inadaptée (non applicable) F x G = Fréquence x Gravité

Type de relation avec le patient: très proche

Items	NA	Absent	Fréquence	Gravité	F x G	Retentissement
Idées délirantes	<input checked="" type="checkbox"/>	0	1 2 3 4	1 2 3		1 2 3 4 5
Hallucinations	<input type="checkbox"/>	0	1 2 3 4	1 2 3		1 2 3 4 5
Agitation/Agressivité	<input type="checkbox"/>	0	1 2 3 4	1 2 3	8	1 2 3 4 5
Dépression/Dysphorie	<input type="checkbox"/>	0	1 2 3 4	1 2 3		1 2 3 4 5
Anxiété	<input type="checkbox"/>	0	1 2 3 4	1 2 3		1 2 3 4 5
Exaltation de l'humeur/ Euphorie	<input type="checkbox"/>	0	1 2 3 4	1 2 3		1 2 3 4 5
Apathie/Indifférence	<input type="checkbox"/>	0	1 2 3 4	1 2 3	8	1 2 3 4 5
Désinhibition	<input type="checkbox"/>	0	1 2 3 4	1 2 3		1 2 3 4 5
Irritabilité/Instabilité de l'humeur	<input type="checkbox"/>	0	1 2 3 4	1 2 3	6	1 2 3 4 5
Comportement moteur aberrant	<input type="checkbox"/>	0	1 2 3 4	1 2 3		1 2 3 4 5
Score total 10					22	
<i>Changements neurovégétatifs</i>						
Sommeil	<input type="checkbox"/>	0	1 2 3 4	1 2 3	9	1 2 3 4 5
Appétit/Troubles de l'appétit	<input type="checkbox"/>	0	1 2 3 4	1 2 3		1 2 3 4 5
Score total 12					31	

ANNEXE XIV : NPI/ES de M. B. (avant et après la prise en soin comportementale)

**INVENTAIRE NEUROPSYCHIATRIQUE
NPI/ES**

Nom: Mr B. Age: 71 ans Date de l'évaluation: 05/01/2014
 Type de relation avec le patient: Très proche
 Fonction de la personne interviewée: ASG
 Très proche/ prodigue des soins quotidiens;
 proche/ s'occupe souvent du patient;
 pas très proche/ donne seulement le traitement ou n'a que peu d'interactions avec le patient
 NA = question inadaptée (non applicable) F x G = Fréquence x Gravité

Items	NA	Absent	Fréquence	Gravité	F x G	Retentissement
Idees délirantes	X	0	1 2 3 4	1 2 3	3	1 2 3 4 5
Hallucinations	X	0	1 2 3 4	1 2 3	4	1 2 3 4 5
Agitation/Agressivité	X	0	1 2 3 4	1 2 3	1 2	1 2 3 4 5
Dépression/Dysphorie	X	0	1 2 3 4	1 2 3		1 2 3 4 5
Anxiété	X	0	1 2 3 4	1 2 3		1 2 3 4 5
Exaltation de l'humeur/ Euphorie	X	0	1 2 3 4	1 2 3		1 2 3 4 5
Apathie/Indifférence	X	0	1 2 3 4	1 2 3	8	1 2 3 4 5
Désinhibition	X	0	1 2 3 4	1 2 3	2	1 2 3 4 5
Irritabilité/Instabilité de l'humeur	X	0	1 2 3 4	1 2 3	3	1 2 3 4 5
Comportement moteur aberrant	X	0	1 2 3 4	1 2 3	1 2	1 2 3 4 5
Score total 10						66
<i>Changements neurovégétatifs</i>						
Sommeil	X	0	1 2 3 4	1 2 3	1 2	1 2 3 4 5
Appétit/Troubles de l'appétit	X	0	1 2 3 4	1 2 3	6	1 2 3 4 5
Score total 12						62

**INVENTAIRE NEUROPSYCHIATRIQUE
NPI/ES**

Nom: Mr B. Age: 71 ans Date de l'évaluation: 13/04/2014
 Type de relation avec le patient: Très proche
 Fonction de la personne interviewée: ASG
 Très proche/ prodigue des soins quotidiens;
 proche/ s'occupe souvent du patient;
 pas très proche/ donne seulement le traitement ou n'a que peu d'interactions avec le patient
 NA = question inadaptée (non applicable) F x G = Fréquence x Gravité

Items	NA	Absent	Fréquence	Gravité	F x G	Retentissement
Idees délirantes	X	0	1 2 3 4	1 2 3	2	1 2 3 4 5
Hallucinations	X	0	1 2 3 4	1 2 3	2	1 2 3 4 5
Agitation/Agressivité	X	0	1 2 3 4	1 2 3	2	1 2 3 4 5
Dépression/Dysphorie	X	0	1 2 3 4	1 2 3		1 2 3 4 5
Anxiété	X	0	1 2 3 4	1 2 3		1 2 3 4 5
Exaltation de l'humeur/ Euphorie	X	0	1 2 3 4	1 2 3		1 2 3 4 5
Apathie/Indifférence	X	0	1 2 3 4	1 2 3	3	1 2 3 4 5
Désinhibition	X	0	1 2 3 4	1 2 3	2	1 2 3 4 5
Irritabilité/Instabilité de l'humeur	X	0	1 2 3 4	1 2 3	2	1 2 3 4 5
Comportement moteur aberrant	X	0	1 2 3 4	1 2 3	4	1 2 3 4 5
Score total 10						17
<i>Changements neurovégétatifs</i>						
Sommeil	X	0	1 2 3 4	1 2 3	4	1 2 3 4 5
Appétit/Troubles de l'appétit	X	0	1 2 3 4	1 2 3		1 2 3 4 5
Score total 12						21

ANNEXE XV : Fiche de suivi de M. B.

Fiche de suivi du comportement de Mr B. du 21 au 28 Mars

	Lundi 21 Mars	Mardi 22 Mars	Mercredi 23 Mars	Jeudi 24 Mars	Vendredi 25 Mars	Samedi 26 Mars	Dimanche 27 Mars
Heure du lever	8H	8H	9h30	0h30	0h30	9H	8H
Météo ☀	Beau	Soleil	Soleil	soleil		Soleil	nuageux
Sortie: heure/durée/activité?	10h30 à 11h30 30' discussion		11h à 11h30 Discussion	Pas de sortie		Sortie 15m Discussion	Sortie 15m Discussion
Verbalisation pendant la sortie	Sur le Backlog autres fois		Sur un point de regard sur le travail à la ferme			Sur la même	Conversation sur le punch
Somnolence dans la journée: 0: pas / 1: peu 2: modérée 3: importante	0	0	0	0		0	0
Agitation Heure? Intensité: 0: pas / 1: peu 2: modérée 3: importante	1 vers 18H	0	0	1	0	0	0
Heure endormissement	20H	20H	20H	20H15	20H15	20H15	20H15

Ce mémoire a été supervisé par Déborah MUTEL et Sophie CARRIÉ-MILH,
psychomotriciennes :

RÉSUMÉ :

Dans le cadre du plan Alzheimer 2008-2012, l'intervention psychomotrice a été précisée par la Haute Autorité de Santé, en ciblant son action sur les manifestations comportementales perturbatrices de la démence. Cette directive s'inscrit dans un contexte plus général de prise en considération de l'importance des symptômes psycho-comportementaux et de la priorité donnée aux interventions non-médicamenteuses, dans un regain d'humanisme. Ce mémoire a pour objet d'expliquer « pourquoi » et « comment » le psychomotricien va pouvoir prendre en charge ces troubles là. Il faut dans un premier temps pouvoir les repérer, les comprendre et les évaluer afin de proposer une thérapie adaptée. Ensuite, le psychomotricien a dans son champ de compétences différents outils pour agir auprès de cette population : l'adaptation de l'environnement (humain/physique), la restructuration comportementale, l'activité motrice, les médiations sensorielles et la relaxation, le relais à l'équipe. Il s'agit d'une intervention multidimensionnelle et pluridisciplinaire... Une illustration pratique complétera cette réflexion, elle est constituée de la prise en soin comportementale de trois patients en secteur protégé.

Mots clefs : Démence – Symptômes psycho-comportementaux– Psychomotricité - Environnement – Médiations.

ABSTRACT :

As part of the French National Plan for Alzheimer and related diseases (2008-2012), the action of psychomotor therapists has been specified by the National Health Authority, focusing on disruptive behavioural manifestations of dementia. This directive takes place in a broader context of renewed humanism in which psychological and behavioural symptoms are now taken into consideration and non-drug therapies are given the priority. This dissertation deals with « why » and « how » psychomotor therapists are going to treat those disorders. First of all, they have to be spotted, understood and evaluated, so that an appropriate therapy can be suggested. Then, psychomotor therapists have among their skills many tools allowing them to work with this population: adaptation of human or physical environment, behavioural restructuring, motor activity, sensory mediations and relaxation training, handing over to the medical team. It consists in a multidimensional and multidisciplinary intervention... As a complement to this study, a practical example will show behavioural care for three patients in a protected sector.

Key words : Dementia - Psycho-behavioural symptoms - Psychomotor therapy - Environment - Mediations.